DIXIÈME ANNÉE — N° 1 — SAMEDI 7 JANVIER 1888

LE
CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE & DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

DIRECTEUR : Dr A. CÉZILLY

ABONNEMENTS :

France et Etranger, un an........ 20 fr.
Pour MM. les Etudiants, un an...... 5 fr.
Pour les Membres de la Société le Concours Médical.................. 10 fr.
Prix du numéro 10 centimes.

Le CONCOURS MÉDICAL est une association de Médecins qui s'est fondée en 1879, par l'initiative et sous la direction du Docteur Cézilly pour l'étude et la défense des intérêts professionnels. Elle compte aujourd'hui plus de 3,000 membres. Pour en faire partie, il suffit d'adhérer aux statuts de la Société qui sont envoyés sur demande.

BUREAUX ET ADMINISTRATION
Librairie du CONCOURS MÉDICAL. — G. STEINHEIL, éditeur
2, rue Casimir-Delavigne, 2, Paris

AVIS.

L'Administration a l'honneur d'informer les lecteurs du *Concours médical* qu'elle tient à leur disposition les titres et couvertures nécessaires pour faire relier les collections de 1887 ou celles des années précédentes.

L'Administration rappelle aux membres du *Concours médical* qu'elle tient à leur disposition une collection complète du journal, années 1882-83-84-85-86-87 au prix de 6 francs l'une.

CLIENTÈLES.

A céder : clientèle médicale dans un chef-lieu de canton des Ardennes. Produit touché, 10 à 11,000 fr. Fixe : 500 fr. Conditions avantageuses. Facilités de paiement.

—

A céder gratuitement dans la Somme, une clientèle en plein rapport ; pays riche, fabriques, chemin de fer ; fixe, 2,000 fr. Avenir assuré à un docteur en médecine. S'adresser rue d'Assas, 3, au chef de clinique du Dr Mayer, Paris.

—

Clientèle à reprendre à Paris, par suite du décès du titulaire. — Bon quartier.

DEMANDES

On demande à acquérir d'occasion un thermo-cautère Paquelin.

—

Un confrère, exerçant l'été dans une station ther-

male, désirerait faire un remplacement de 2 à 3 mois à Paris et, autant que possible, dans un quartier central.

CORRESPONDANCE

Dr M., à T.— Vous dites : « Je désirerais me faire inscrire comme membre de l'*Association française pour l'avancement des sciences*, afin de pouvoir assister à la session qui doit avoir lieu à Oran le 26 mars 1888 et bénéficier ainsi des avantages qui seront accordés à l'occasion du Congrès. Votre journal n'indiquait pas à qui il faut s'adresser pour se faire inscrire, etc.»

Pour bénéficier des avantages qui seront accordés à l'occasion du Congrès d'Oran, il faut être Membre de l'Association française; à cause des difficultés qu'entraîne l'organisation de ce Congrès et qui croissent avec le nombre des assistants, on ne peut garantir ces avantages qu'aux membres ayant fait partie de l'Association en 1887 et continuant en 1888. Les souscriptions pour 1887 seront reçues exceptionnellement jusqu'au 15 janvier 1888.

Les personnes souscrivant pour 1888 seulement ne seront appelées à bénéficier des avantages prévus qu'en cas d'insuffisance du nombre des membres anciens, et par ordre d'inscription.

Pour s'inscrire et pour tous renseignements de détails, s'adresser au Secrétariat de l'Association, 28, rue Serpente, Paris.

Dr M. — Il y a une limite aux reproductions, car nous serions promptement encombrés et nous ne pouvons forcer les déterminations.

Dr M., à B. — On s'efforcera de vous donner satisfaction. Mais il faut un certain temps pour y parvenir.

Dr L , à N., 21 décembre. — On vous inscrit bien volontiers. Nous comptons sur votre appui constant ; notre Société est basée sur les bons offices réciproques.

Dr G., à T., 22 décembre. — Nous ne pouvons insérer sous cette forme et dans ces conditions. Nous ne pouvons nous exposer à léser les intérêts d'un membre du *Concours* ou d'un de ses amis. Il ne s'agit pas d'une clientèle qui vous appartient et nous ne pouvons nous associer à une démarche qui aurait un motif politique ou religieux;— les intéressés peuvent s'adresser à la publicité banale, pour arriver à leurs fins.

Dixième année **N° 1** 7 Janvier 1888.

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE :

Aux Membres du Concours

Nous voulons, chers confrères, inaugurer l'année 1888 en vous adressant nos souhaits pour votre prospérité particulière et pour celle de notre Société professionnelle. Depuis 1879, époque où nous en avons tenté, de concert, la formation, chacune de nos assemblées en a constaté les progrès.

Nous aurons, en 1889, à célébrer le dixième anniversaire du *Concours médical*. Sans nous exagérer la portée de l'effort professionnel accompli, nous espérons qu'à cette époque, nous aurons pu ajouter de nouveaux titres à ceux qui ont mérité les éloges de si nombreux médecins.

Nous vous avons sollicité, bien souvent, de favoriser ce besoin d'*Association* qui devient la condition d'existence de toutes les professions. Il est impossible que vous éprouviez, maintenant, de sérieuses difficultés à rallier, à notre œuvre, les anciens camarades de vos études, les amis voisins. Vous avez d'excellents arguments à invoquer. Le *Concours médical* a, en ce moment, 3,455 lecteurs : serait-il impossible d'obtenir qu'en 1889, il atteigne le nombre de 4 à 5 mille adhérents ?

Assurément non, si vous preniez à cœur de faire des prosélytes. Les œuvres de notre Société sont assez sérieuses pour que vous puissiez, en les exposant à vos confrères, les convaincre qu'il est mauvais de s'isoler, de résister à l'impulsion imprimée par le *Concours* dans la voie de l'union entre médecins.

Des exemples récents et instructifs démontrent à satiété que les conditions de l'existence médicale se modifient et que les situations, en apparence les plus solides, peuvent être atteintes. Nous désirerions voir s'étendre le mouvement d'*Association* par petits groupes locaux qui a permis aux médecins d'améliorer, de défendre leur situation.

C'est pour cette raison que l'*Union des Syndicats* a accueilli avec faveur la proposition de créer, à Paris, un *Syndicat central*, auquel pourront s'agréger les médecins de province qui n'ont pas réussi, pour le moment, à se syndiquer avec leurs confrères voisins. Le Bureau de l'*Union* prendra bientôt les mesures nécessaires.

Le *Concours médical*, de son côté, peut être considéré comme un *Syndicat* général, accessible à tous.

Nous savons combien votre existence est occupée ; combien elle est ardue et méritante. Mais nous savons aussi que vous trouveriez sans peine le temps nécessaire pour nous amener des adhérents, si dès ce moment, vous preniez la ferme résolution de faire les démarches nécessaires.

Rendre quelques visites, écrire quelques lettres, nous réclamer les numéros du journal que vous estimeriez propres à déterminer les adhésions de vos amis, c'est une tâche que nous vous prions de vous imposer cette année.

Si tous ceux d'entre vous qui, directement ou indirectement, sont devenus les obligés de notre Société répondaient à notre appel, nos vœux seraient exaucés.

Nous trouverions, chers confrères, dans cette propagande, le plus précieux encouragement. Nous aurions encore plus de crédit, pour accomplir les divers projets que nous vous avons déjà exposés et l'année 1888 marquerait une date heureuse dans l'histoire de notre Association.

C'est pourquoi nous associons dans les mêmes souhaits votre prospérité particulière et celle de notre Société, qu'il vous est loisible d'accroître, si vous voulez faire ce que nous réclamons de votre bonne volonté.

Le Directeur,
A. CÉZILLY.

LA SEMAINE MÉDICALE

Les médecins législateurs.

Dans l'éloge de Bouillaud, lu par M. Bergeron, secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine, dans la dernière séance publique, on a remarqué le passage suivant : « C'est assurément un beau titre que celui de *médecin législateur*, que se sont décerné depuis quelques années nos honorables confrères, aujourd'hui plus nombreux, dans les deux Chambres, qu'à aucune autre époque, mais au moins devraient-ils le justifier, en faisant profiter le Parlement et les populations des lumières qu'ils doivent à leurs études et à leurs connaissances spéciales ; mais, tout en rendant justice aux efforts du regretté docteur Liouville pour faire adopter la loi sur la vaccination obligatoire, j'avoue, pour ma part, que je ne connais qu'un seul confrère qui, jusqu'à présent, ait véritablement mérité ce titre de médecin législateur. Il est vrai que celui-là s'occupe bien peu de politique ; mais il est un hygiéniste éminent doublé d'un sincère patriote, et c'est sous l'inspiration de ses sentiments patriotiques, grâce aussi à son savoir et à son talent, qu'il a conçu, rédigé et fait adopter par les deux Chambres la loi contre l'ivresse et cette autre loi tutélaire qui, aujourd'hui, n'est plus désignée que par le nom de son auteur ; avant moi, Messieurs, vous avez nommé *la loi Roussel, la loi de protection de l'enfance*. »

Nous nous associons pleinement à l'éloge que M. Bergeron fait de notre éminent confrère, le sénateur Roussel ; mais n'est-ce pas se montrer fort injuste vis-à-vis de plusieurs de nos autres confrères du Parlement que de louer M. Roussel à l'exclusion des autres ?

Il convient d'abord de rappeler que vers 1871 les médecins du Parlement, s'étant réunis, firent appel au corps médical, demandant à leurs confrères de signaler des réformes qui pourraient faire l'objet de propositions de lois aux Chambres. Le corps médical a-t-il répondu à cet appel ? Pas que nous sachions.

Cependant plusieurs des médecins députés ont fait bonne et sérieuse besogne législative, sinon à la tribune, du moins dans les commissions. Faut-il rappeler une fois de plus, et M. Bergeron a-t-il pu passer sous silence les efforts constants de M. Chevandier en faveur de cette revision de la législation médicale, mise en avant par le *Concours* et qui a excité le gouvernement à prendre l'initiative d'un autre projet de loi ?

Faut-il citer la part qu'a prise M. Bourneville au projet de loi touchant l'exercice de la médecine et plusieurs articles excellents qu'il y a fait introduire ?

A-t-on oublié la proposition de M. Dupuy (de l'Aisne), ayant pour but de modifier en notre faveur la loi sur les Syndicats ?

Non, nous ne pouvons pas accuser nos confrères du Parlement de s'être désintéressés des intérêts médicaux. Mais il faut bien reconnaître que les efforts de nos confrères n'avaient guère de chances de triompher de l'indifférence que le Parlement témoigne à tout ce qui concerne les intérêts privés, et en particulier les nôtres, du moment qu'ils n'ont pas de rapport avec la politique. La loi Roussel a pu encore intéresser nos honorables, il s'agissait de combattre la dépopulation de la France, on pouvait à la rigueur se faire vis-à-vis des électeurs un mérite de l'avoir votée ? Mais de reviser la législation médicale, qui pouvait en avoir cure, puisque les Comités Electoraux ne l'ont pas inscrite sur les programmes de leurs mandats plus ou moins impératifs ?

Farcin chronique chez l'homme.

M. Bucquoy a communiqué à la Société des hôpitaux un cas de farcin. Un homme de 46 ans entre au mois de septembre dans le service de M. Bucquoy pour des abcès disséminés en divers points du corps (tissu cellulaire et muscles) et durant depuis plusieurs mois. L'origine avait été une plaie de la main, suivie d'angioleucite et d'adéno-phlegmon axillaire. Le malade, ayant ces abcès depuis cinq mois, avait perdu ses forces, maigri, avait la fièvre. Ses urines ne contenaient rien d'anormal, ses viscères paraissaient sains. Après avoir songé à une infection purulente et avoir repoussé cette hypothèse à cause de la longue durée des accidents et de l'absence d'abcès viscéraux, M. Bucquoy songea au farcin chronique.

Le malade était charretier ; il ne couchait pas dans l'écurie, il est vrai, mais il fut établi que l'écurie avait abrité des chevaux morveux et que probablement le cheval conduit d'ordinaire par ce charretier avait la morve.

Des abcès ayant continué à se former, le malade succomba par épuisement, sans avoir eu ni jetage nasal, ni adénopathies. On avait donné comme traitement le quinquina et l'alcool, du sulfate de quinine et des injections hypodermiques de créosote dans l'huile de vaseline.

A l'autopsie, MM. Leblanc et Laguerrière, vétérinaires, reconnurent les lésions suivantes : abcès farcineux multiples du tissu cellulaire et des muscles, un dans les méninges et un autre dans l'encéphale même ; vaste ulcération de la muqueuse respiratoire siégeant, comme chez le cheval, à la base de la langue et sur toute l'étendue des gouttières laryngopharyngées et les replis glosso-épiglottiques ; dans les poumons, foyers tubéreux désignés sous le nom de tubercules de la morve.

Des cultures sur pommes de terre avaient été faites du vivant du malade avec le pus des abcès, et permirent d'affirmer au bout de cinq jours l'existence de la morve. Après dix jours d'inoculation, une ânesse (l'âne étant le meilleur réactif de la virulence morveuse) succombait avec des lésions de morve aiguë, dans les poumons, la rate et les ganglions bronchiques. Des bacilles morveux se trouvaient en quantité considérable dans toutes les lésions et dans la moelle des os.

Il semble que le virus morveux, en passant par l'homme, se soit atténué en partie : car le chien, qui

est un excellent réactif de la morve équine, fut à trois reprises inoculé sans résultat.

M. Bucquoy termine en rappelant que l'affection farcino-morveuse reste toujours une maladie univoque, malgré la variété de ses manifestations, la lenteur ou la rapidité de sa marche, qui tiennent à la qualité du virus, au mode de transmission et au terrain de culture. Enfin, d'après cette observation, on voit qu'il existe des formes larvées pouvant être prises pour des cas de septicémie vulgaire ou d'infection purulente.

Applications de l'antipyrine au traitement de l'épilepsie et de la chorée.

M. *Lemoine*, professeur agrégé à Lille, a présenté à la Société de biologie (17 décembre), une note sur le traitement de l'épilepsie par l'antipyrine. D'après ses expériences, elle diminue la fréquence des accès et les fait même disparaître dans les cas suivants : 1° quand ils surviennent chaque mois au moment de la période menstruelle et paraissent reconnaître celle-ci comme cause occasionnelle ; 2° chez les malades qui ne présentent que des accès larvés du type psychique ; 3° surtout chez les épileptiques sujets aux névralgies et à la migraine. En dehors de ces cas, il n'y a pas d'utilité à employer l'antipyrine dans l'épilepsie.

En revanche, les résultats obtenus par M. *Legroux*, professeur agrégé à Paris, médecin de l'hôpital Trousseau, dans le traitement de la chorée, ont été très remarquables (Académie de médecine, 27 décembre). Voici les conclusions de la note de M. Legroux :

Ces six observations nous permettent de dire que l'antipyrine est, et a le droit de devenir un des moyens les plus rapides, les plus sûrs, les plus inoffensifs dans le traitement de la chorée.

En effet, il nous a fallu de 6 jours au moins, à 27 jours au plus, pour guérir une maladie qui, traitée par les moyens ordinaires, est toujours longue et d'une durée moyenne de 69 jours d'après MM. Germain Sée et Roger, de 90 jours pour M. Cadet de Gassicourt.

Le traitement est fort simple. Un gramme d'antipyrine purifiée est dissous dans 20 gr. de sirop d'écorce d'orange amère administré avec ou sans addition d'eau. Il nous a fallu chez tous nos enfants choréiques arriver à la dose de 3 grammes dans les 24 heures pour obtenir des effets thérapeutiques.

Isolement des lycéens atteints de maladies contagieuses.

M. *Ollivier*, au nom de la section d'hygiène, dépose les conclusions suivantes, en réponse à une question de M. le Ministre de l'Instruction publique, en date du 25 novembre dernier, demandant s'il n'y aurait pas lieu de modifier la durée de l'isolement imposé aux élèves des lycées, atteints de maladies contagieuses :

1° Les élèves atteints de la varicelle, de la variole, de la scarlatine, de la rougeole, des oreillons ou de la diphthérie, seront strictement isolés de leur camarades.

2° La durée de l'isolement sera comptée à partir du début de la maladie (premier jour de l'invasion) ; elle sera de 40 jours pour la variole, la scarlatine et la diphthérie ; de 25 jours pour la varicelle, la rougeole et les oreillons.

3° L'isolement cessera seulement lorsque le convalescent aura pris deux ou trois bains savonneux et aura été soumis à autant de frictions générales portant même sur le cuir chevelu.

4° Les vêtements que l'élève avait au moment où il est tombé malade devront être passés dans une étuve à vapeur sous pression ou soumis à des fumigations sulfureuses, puis bien nettoyés.

5° La chambre devra être soigneusement aérée. Les parois et les meubles seront lavés avec une solution de sublimé (il sera bon de colorer cette solution pour éviter toute confusion) : enfin, les matelas, préalablement défaits, seront soumis au même traitement.

6° L'élève qui aura été atteint, en dehors d'un établissement d'instruction publique, de l'une des maladies contagieuses énumérées dans ce rapport, ne pourra être réintégré que muni d'un certificat de médecin, constatant la nature de la maladie et les délais écoulés, et attestant que cet élève a satisfait aux prescriptions ci-dessus énoncées. La réception de l'élève restera toujours subordonnée à un examen.

M. *Le Fort* et d'autres académiciens ont demandé que la commission fît en outre mention de la coqueluche parmi les maladies qui ressortissent à l'isolement.

La pelade et l'école.

Conformément à l'engagement qu'il avait pris, M. *Ollivier* a proposé à l'Académie les conclusions suivantes relatives aux mesures à adoper contre la pelade :

1° Les élèves des établissements d'instruction primaire ou secondaire atteints de pelade seront soumis, aussitôt après la découverte de la maladie, à une enquête approfondie permettant d'en fixer la nature et les origines.

Il va sans dire qu'un examen microscopique minutieux fera nécessairement partie de cette enquête.

2° Les pelades développées immédiatement à la suite de traumatismes, d'affections générales graves, d'ébranlement nerveux consécutif à des accidents, à des frayeurs subites ne seront dans aucun cas considérées comme des causes d'exclusion ou même d'isolement.

3° Lorsqu'il aura été prouvé, par des témoignages sérieux, par des certificats de médecin, ou autrement, lors de la découverte de la pelade, que cette affection remonte à plusieurs mois, que l'enfant a vécu au milieu d'autres enfants, soit à l'école, soit dans la famille, sans qu'aucun d'eux n'ait été contaminé, la maladie sera considérée comme non

contagieuse et ne pourra encore donner lieu à aucune mesure d'isolement.

4° En dehors des conditions prévues par les paragraphes précédents, les enfants peladeux pourront être conservés dans les établissements d'instruction publique à la condition toutefois que les parents admettent qu'il soient soumis aux précautions indiquées ci-dessous :

a) Les pensionnaires coucheront soit à l'infirmerie, soit, lorsque la disposition des locaux le permettra, dans une partie spécialement désignée et isolée du dortoir.

Il sera recommandé au surveillant de veiller à ce que les autres élèves n'emploient ni la coiffure, ni les peignes ou brosses des peladeux.

b) A l'étude et aux classes, les peladeux garderont la tête couverte et seront placés à une table ou sur des sièges à part.

c) La suppression des mesures d'isolement n'aura lieu que sur l'avis motivé du médecin de l'établissement.

d). Il est bien entendu que, dans le cas d'impossibilité de mettre en vigueur les mesures précédemment indiquées, le Proviseur pourrait, soit ne recevoir que comme externe un élève auparavant pensionnaire, soit prononcer l'exclusion temporaire telle qu'elle se pratique aujourd'hui.

5° Ces dispositions ne sont pas applicables aux écoles maternelles, ni aux dernières classes des écoles communales, et cela parce qu'étant donné l'âge des enfants, une exclusion temporaire n'a pas les mêmes inconvénients que plus tard, et, qu'en outre, l'application des mesures précédemment indiquées serait impossible pour la même raison.

M. *Besnier* commence par faire remarquer que, en proposant pour sujet de l'un de ses prix « *des pelades* », et en remettant la délivrance de ce prix à l'année 1890, l'Académie a voulu dire à la fois que le terme de pelade s'applique à plusieurs affections, et que l'état actuel de la science sur ce point a besoin d'être revisé à l'aide d'études nouvelles réclamant le concours du temps.

Entrant ensuite dans l'examen de la question, l'orateur considère que la contagion de la pelade a des degrés divers et des formes variées, mais qu'elle ne saurait être révoquée en doute, et il en cite des exemples probants observés par lui, soit à l'hôpital Saint-Louis, soit dans sa pratique particulière. M. Besnier termine son remarquable discours par les conclusions suivantes qui, en somme, ne diffèrent pas beaucoup de celles de M. Ollivier.

1° Quels que soient les doutes élevés sur l'identité de toutes les alopécies dites *pelades*, il est hors de contestation que certaines de ces affections, au moins, peuvent se transmettre d'un individu malade à l'individu sain.

Par conséquent, aucun sujet atteint de pelade ne peut réclamer comme un droit son admission dans un asile, une école, un lycée, une caserne, et cette admission reste subordonnée à la décision du médecin particulier à chacune de ces agglomérations.

Pour les cas où l'intéressé n'accepterait pas la décision de ce médecin, ou bien si ce médecin décline la responsabilité à encourir, la question sera portée devant une commission spéciale déléguée à cet effet par l'autorité supérieure et composée de médecins pris dans tous les hôpitaux où sont traitées les affections teigneuses.

2° Les médecins des établissements publics, ou les membres de la commission désignée, s'attacheront avec le plus grand soin à examiner chaque cas particulier, et à ne prononcer l'exclusion que dans la mesure nécessitée par l'intérêt général ; et dans la majorité des cas, à l'exception des asiles de la première enfance et des écoles primaires, il sera presque toujours possible de concilier tous les intérêts.

Premièrement, pour tous les externats de lycéens, les peladeux peuvent être admis aux classes et aux cours ; on interdira seulement la récréation et l'étude en commun ; ils restent soumis à la surveillance du médecin de l'établissement.

Pour les internats, écoles supérieures, régiments, la surveillance individuelle pouvant être exercée plus utilement encore par le médecin attaché à leurs services, on ne prononcera que l'exclusion temporaire et seulement pour les cas où la maladie est à la période de progrès ; mais il sera possible de conserver la plupart des sujets atteints et arrivés à la période d'état ou de réparation, à la condition de les soumettre à une médication locale et à des ablutions quotidiennes appropriées, en même temps que l'on instituera les mesures de précaution nécessaires, telles que coucher et toilette à part.

Une instruction particulière pourra régler les détails de ces mesures.

Cette tolérance sera continuée aussi longtemps qu'il ne se sera pas développé de cas nouveaux autour de ceux qui sont en surveillance ; elle cesserait aussitôt la constatation d'un foyer, laquelle entraînerait l'élimination immédiate de tous les malades.

M. Besnier ayant demandé la nomination d'une commission d'enquête qui se livrerait à de nouvelles recherches sur la contagiosité de la pelade, recueillerait les faits et présenterait ultérieurement un rapport à l'Académie, celle-ci a nommé une commission composée de MM. Besnier, Ollivier, Hardy, Bucquoy, Cornil et Fournier.

De l'hypertrophie des amygdales palatines et du tissu adénoïde du pharynx nasal.

M. *Blache* fait remarquer que l'hypertrophie des amygdales palatines et du tissu adénoïde du pharynx nasal s'observe généralement chez des enfants peu développés, d'apparence lymphatique, chez lesquels, à l'habitus extérieur, on diagnostiquerait, à priori, l'hypertrophie ordinaire des amygdales. Or, très souvent elle n'existe pas.

L'enfant ne peut respirer par le nez, et tient généralement la bouche ouverte ; quand on examine la gorge, on ne trouve pas d'abord la cause de cette infirmité ; les amygdales palatines sont normales, mais en arrière d'elles la *glande de Luschka* et le tissu adénoïde du pharynx nasal sont pris et hy-

pertrophiés. Pour le constater, il suffit de porter l'index recourbé en crochet en arrière du voile du palais. Il y a là une masse morbide plus ou moins mollasse, quelquefois un peu dure, obstruant en partie l'orifice postérieur des fosses nasales.

Souvent la maladie est restée méconnue plusieurs années et cependant elle est fréquente, bien plus fréquente que l'hypertrophie des amygdales.

Début insidieux, évolution lente, invasions successives, tendance finale à la régression, variété et multiplicité des symptômes et des lésions, retentissement sur les organes et les fonctions de voisinage, tels sont les caractères habituels.

Exceptionnellement elle peut se développer à la suite de ces coryzas des nouveau-nés dont la gravité dépend de la gêne qu'ils apportent à l'alimentation.

L'hypertrophie de la glande de Luschka peut gagner la trompe et amener la surdité, qui, si elle se développe avant que l'enfant ait appris à parler, peut à son tour amener la mutité.

Généralement il se produit une otite catarrhale simple ou double ; l'oreille moyenne s'enflamme, le tympan se perfore et un écoulement purulent se produit par l'oreille.

On constate souvent que l'air passe mieux par une narine que par l'autre. La nuit, cette gêne respiratoire provoque parfois des cauchemars, de l'agitation. Le jour, il y a de l'anhélation rendant aux enfants la course et les jeux difficiles.

Les fosses nasales livrant passage à une moindre quantité d'air diminuent de dimensions et avec elles les cavités qui sont en quelque sorte ses dépendances (sinus frontaux, sphénoïdaux, etc.)

Ce n'est pas tout : l'aide prêtée par la bouche à la respiration ne suffisant pas à la rendre facile, le thorax en subit le contre-coup. Les côtes s'aplatissent et le sternum se déprime.

Au point de vue fonctionnel, l'hématose est incomplète et les petits malades présentent tous les caractères des constitutions débiles. L'énergie intellectuelle s'en ressent.

L'examen de la gorge permet de constater souvent l'hypertrophie simultanée des amygdales, mais ce n'est là qu'un élément de la maladie. Presque toujours on observe des granulations pharyngées. La rhinoscopie permettra de voir les tumeurs adénoïdes. Le toucher achèvera de donner des renseignements précis sur le volume et la consistance du produit morbide. Quand on rencontre de grosses amygdales chez un enfant et qu'elles sont mollasses et friables, il est très probable qu'elles ne sont que le prolongement inférieur des amygdales de Luschka accompagnées de tumeurs adénoïdes.

Quand on a vu et touché, on n'a plus à se préoccuper de la confusion possible avec les polypes muqueux, une déviation de la cloison, etc.

La marche de l'affection a lieu par à-coups. Elle arrive à son summum vers six ou huit ans et tend à rétrograder à la puberté. Les déformations du squelette et la pharyngite granuleuse persistent cependant.

L'étiologie est à peu près celle de l'hypertrophie des amygdales ; les inflammations répétées de la muqueuse des parties supérieures des voies respiratoires y jouent le plus grand rôle.

Le traitement consiste essentiellement dans l'ablation des tissus morbides qui doit être faite de bonne heure avant que l'ossification ait fixé les formes vicieuses.

TRAVAUX ORIGINAUX

Statistique de l'hystérectomie abdominale ou supra-vaginale, avec remarques sur la valeur comparative de l'ancienne et de la nouvelle manière de traiter les tumeurs fibreuses de l'utérus.

Par Thomas Keith F. R. C. S. E. — M. D. — L. L. D. chirurgien de l'hôpital des femmes, à l'infirmerie royale d'Edimbourg (1).

J'ai déjà publié, en détail, tous les cas d'hystérectomie abdominale (supra-vaginale) que j'ai opérés jusqu'à la fin de 1884 ; la mortalité était de 7,9 pour cent. J'ai également publié tous les cas de tumeurs utérines dans lesquels je suis intervenu d'une façon quelconque par la laparotomie. Je suis le seul à avoir donné cette statistique. Je viens aujourd'hui compléter la liste de mes hystérectomies pratiquées jusqu'à ce jour.

La mortalité est plus grande qu'autrefois, et il y a une grande différence dans les suites opératoires entre la pratique de l'hôpital et celle de la ville. Dans cette nouvelle série, toutes les malades opérées en ville ont guéri et la mortalité n'a frappé que les malades d'hôpital ; ma statistique totale comprend 64 hystérectomies dont 26 en ville avec un seul cas de mort, dans un état de manie aiguë, ce qui donne une mortalité de 3,8 pour cent ; sur les 38 opérées à l'hôpital, 6 sont mortes, ce qui donne une mortalité de 15,7 pour cent.

Les cas que j'ai opérés en ville appartiennent à des tumeurs plus grandes, les malades ne réclamant généralement des secours opératoires qu'à la dernière extrémité.

C'est pour le même motif qu'elles étaient en général plus affaiblies par les hémorrhagies, et qu'elles se trouvaient dans un état beaucoup plus mauvais que la majorité des malades de l'hôpital.

Ces mêmes considérations sont applicables aux cas d'ovariotomie.

Dans les trois premières années où j'ai opéré à l'hôpital, nouvellement construit et aménagé, la moyenne de la mortalité de toutes les opérations faites, sans l'usage du spray, était au-dessous de 2 et demi pour cent. Depuis lors, c'est-à-dire dans ces trois dernières années, nous avons eu trois invasions de l'érysipèle dans les salles ; la pneumonie, qui passe pour être ici endémique, a fait également trois apparitions ; aussi la mortalité s'est-elle élevée de 2 1/2 à 5 1/2 pour cent, mais je dois ajouter qu'une des raisons de cette aggravation tient à ce que le nombre des cas de tumeurs ovariennes graves et avancées, s'est multiplié, car les malades nous sont rarement envoyées au début de la maladie.

Dans ces trois dernières années, je n'ai perdu en ville qu'une seule malade d'ovariotomie, dans un cas simple à la suite d'un coma diabétique, et tou-

(1) Extrait du *British médical journal* du 10 décembre 1887.

tes ces opérations ont été pratiquées, soit dans des hôtels ordinaires, soit dans des maisons privées, ou des appartements meublés.

A la suite de l'hystérectomie, j'ai perdu 5 malades de manie aiguë, et toute attaque qui est survenue peu de temps après l'opération a été suivie de mort ; toutes les autres, au contraire, ont guéri, mais sont tombées malades pendant leur convalescence.

J'ai observé un 6e cas de manie chez une jeune femme de 19 ans que j'ai revue quelques années après l'opération, morose et dans un état de langueur et d'inertie extrême. Je ne saurais croire que la manie qui succède si fréquemment à cette opération soit le produit de circonstances fortuites.

La durée moyenne de la convalescence de mes opérées d'hystérectomie était de 41 jours, dans les cas traités par la méthode extra-péritonéale, et de 21 dans ceux traités par la méthode intra-péritonéale.

Quand j'ai adopté la méthode intra-péritonéale, je n'ai eu aucun cas de mort, soit à l'hôpital soit en ville, et je suis convaincu que cette méthode est la meilleure en hystérectomie. Quoique ce procédé soit plus chirurgical, il comporte plus de difficultés et on ne saurait apporter trop de soins dans la ligature des vaisseaux faite au sein de tissus qui sont si fragiles.

En principe, la méthode extra-péritonéale peut paraître meilleure, quand on considère la quantité de tissus que l'on doit laisser enfermés, mais sur ce point, l'expérience a modifié mes idées théoriques.

Nous devons toutefois reconnaître les services qu'a rendus la méthode extra-péritonéale ou du *clamp*, car elle a permis à sir SPENCER WELLS, d'établir l'ovariotomie comme une opération légitime, et si, au début, de même que maintenant dans l'hystérectomie, cette méthode n'a pas donné les meilleurs résultats, on peut l'expliquer par ce fait qu'on ne faisait pas alors une antisepsie suffisante. Il est juste que cela ne soit pas oublié.

Dans ma dernière série d'hystérectomies abdominales, j'ai extrait des tumeurs plus petites qu'autrefois, et chez toutes les malades que j'ai perdues, j'avais en commençant l'opération l'intention arrêtée de me contenter de l'ablation des ovaires ; mais *il m'a été impossible soit de* les trouver, soit même quelquefois de les exciser après que la tumeur a été extraite de la cavité abdominale ; aussi l'on ne devrait pas hésiter à refermer le ventre lorsqu'on ne peut entièrement enlever les ovaires dans un cas de tumeur fibreuse de moyenne grandeur, car, si l'ablation des ovaires fait courir à la malade un petit risque pour sa vie, nous ne sommes nullement autorisés, sans son plein consentement préalable, à augmenter le risque par une hystérectomie.

Je dois déclarer ici, de propos délibéré, que *l'hystérectomie abdominale est une opération qui a fait plus de mal que de bien*, et que sa mortalité est hors de toute proportion avec les bénéfices qu'en retirent un petit nombre de malades. Quelle est, en effet, la mortalité moyenne pour tous les chirurgiens de cette opération que l'on pratique maintenant si souvent et si inutilement? Nous ne la connaitrons jamais, mais j'estime qu'elle est au moins de 25 pour cent, et elle doit être probablement beaucoup plus élevée.

Si je me trompe, que mes contradicteurs me le prouvent en donnant comme moi leur statistique intégrale.

Ainsi donc, une femme sur quatre, opérée d'hystérectomie, meurt du fait de l'ablation d'une tumeur qui rarement abrège par elle-même l'existence et qui a un processus actif limité ; aussi je déclare que nous n'avons pas le droit de faire courir à une malade un péril aussi grave comme on le fait tous les jours, et il est triste de voir dans la chirurgie abdominale qu'on jette aujourd'hui par-dessus bord toute responsabilité.

Quand on peut enlever les ovaires dans leur totalité, le procédé est si simple qu'on peut appeler cela de la petite chirurgie, mais malheureusement il y a des exceptions : quand les ovaires sont trop voisins de la tumeur, ou sont enclavés dans les ligaments larges, profondément dans le bassin, ou derrière la tumeur, auxquels cas on ne peut les extraire complètement, l'insuccès est certain. La malade subit alors en pure perte toutes les misères d'une opération ; les hémorrhagies et le développement de la tumeur continuent comme précédemment. Tandis que si les ovaires sont extraits en totalité, la guérison est parfaite et se caractérise invariablement par la cessation des hémorrhagies et l'arrêt de croissance de la tumeur. Dans deux cas d'excision ovarienne incomplète, je n'ai constaté aucun bénéfice, mais l'un d'entre eux, je puis l'affirmer, a été parfaitement guéri par le traitement électrique du Dr *Apostoli* (de Paris), et l'autre est en train de suivre le même traitement. J'ai également soumis un grand nombre d'autres malades à la même méthode du Dr *Apostoli.*

Il est heureux aujourd'hui pour les malades affligées d'une tumeur de l'utérus qu'il n'importe plus maintenant de savoir quelle est la meilleure des anciennes manières de les opérer. La question n'est plus de discuter et de dire si les ovaires peuvent être oui ou non excisés, si la méthode extra ou intra-péritonéale est le meilleur procédé d'hystérectomie abdominale, si la convalescence dure dans un cas 6 semaines et dans l'autre 20 jours, *mais il importe à cette heure de donner le pas, sur tous les autres traitements, à celui qui appartient au Dr Apostoli. Le succès de ce traitement est un grand fait*, et en acceptant entièrement, sans restrictions, (*toto animo*) tous les enseignements du *Dr Apostoli*, je ne parle pas sans quelque expérience personnelle de sa méthode.

Nous avons, en effet, mon fils et moi, en moins de cinq mois, fait, sur plus de *cent* malades, dont la plus grande partie atteintes de tumeurs fibreuses de l'utérus, plus de *douze cents* applications de sa méthode qui consiste dans l'application intra-utérine d'un courant de pile très intense et très exactement dosé.

Ç'a été une lourde tâche, en vérité, mais nos efforts nous ont ouvert des horizons pleins d'attraits dont l'importance grandit pour nous de jour en jour.

Quand je suis revenu de vacances, au mois de juillet dernier, j'ai trouvé un grand nombre de fibromes hémorrhagiques qui m'attendaient pour subir l'hystérectomie ou l'ablation des ovaires.

Depuis lors toutes ces malades sont retournées chez elles sans opération, avec une menstruation presque normale et qui s'est encore améliorée depuis, avec des tumeurs constamment réduites de volume, marchant facilement, guéries de leurs douleurs, et heureuses de se sentir revivre à la santé.

Dans un seul cas, j'ai constaté un retour de l'hémorrhagie : il s'agissait d'une tumeur qui avait diminué des deux tiers, la malade était en parfaite santé, et ne voulant pas la retenir trop longtemps en ville, je lui avais permis un peu trop tôt de retourner chez elle.

Toutes mes malades sont heureuses d'avoir échappé aux dangers d'une opération chirurgicale qui met par elle-même la vie en péril ainsi qu'aux ennuis multiples que nous tous, sans exception, nous traitons à la légère.

Si les améliorations dues à ce nouveau traitement continué un temps suffisant, restent permanentes, (ce que nous affirme le témoignage du Dr Apostoli, dont je puis confirmer par ma propre expérience toutes les déclarations), la conséquence qui s'impose, *c'est que l'hystérectomie ou la castration pour le traitement des fibrômes verront de plus en plus leur champ d'action se rétrécir.*

Je n'ai jamais été, il est vrai, un avocat de l'hystérectomie, pour la simple raison que sa mortalité est trop élevée et qu'elle s'adresse à une maladie qui tue rarement par elle-même, mais je suis si impressionné par ce que j'ai vu de la nouvelle méthode que je me considérerais comme coupable d'un acte criminel (Criminal act) si je conseillais désormais à une malade de courir le danger de mettre sa vie en péril, et surtout un tel péril, par les anciennes méthodes, avant de s'être entièrement soumise au nouveau traitement du *Dr Apostoli*; mon opinion ne saurait se modifier, même si j'étais sûr de voir la mortalité générale de l'hystérectomie se réduire à celle que m'ont donnée mes malades de la ville, c'est-à-dire au dessous de 4 pour cent.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Secret médical (1).

M. *Brouardel*. — J'ai reçu d'un confrère la lettre très intéressante que voici relative à un point délicat du secret professionnel :

« Je suis médecin d'une Compagnie de chemin de fer. En cette qualité, appelé par un employé de cette Compagnie, j'apprends de lui qu'il a eu deux vertiges avec chute, l'un il y a 10 ans, l'autre tout récemment. Cet agent, chef d'une petite gare, fait en outre le service de l'aiguillage, capital pour la sécurité des trains. Que dois-je faire ?

Dans un entretien vague avec un inspecteur général de la Compagnie j'ai pu me convaincre à peu près qu'un employé déplacé pour des raisons analogues recevrait probablement un emploi sédentaire dans les bureaux équivalent, pécuniairement, au poste précédent.

Cette compensation, la vie de nombreux voyageurs ne sont-elles pas suffisantes pour m'autoriser à violer le secret professionnel ? Peut-être la question, que je n'ai vue posée nulle part pourrait-elle l'être à la Société de médecine légale. »

J'ai répondu ainsi qu'il suit : « Je crois comme vous que la sécurité des voyageurs a un intérêt tel que vous ne pourriez sans grave inconvénient assumer la responsabilité de ce qui pourrait arriver. Si j'étais à votre place, je tâcherais de convaincre le malade en lui disant : « Si un accident survenait je ne pourrais vous faire exonérer qu'en déclarant que je vous savais malade. » Vous seriez donc obligé de trahir votre secret professionnel ou de laisser condamner cet homme.

Après avoir obtenu son autorisation, j'irais trouver son chef et je tâcherais d'obtenir par lui un emploi.

Dans le cas où le malade refuserait de vous donner son autorisation je lui déclarerais que je ne puis, moi médecin de la Compagnie du chemin de fer, trahir la confiance que celle-ci m'a accordée et que la sécurité des voyageurs est une des parties confiées à ma sollicitude et je ferais la déclaration au chef de service. Si vous le désirez, je soumettrai votre demande et la réponse que je vous conseille à la Société de médecine légale.

Le 10 décembre, je recevais la réponse suivante : « ... Le malade a compris la portée de votre lettre ; il s'est rendu à mes conseils et il se décide à demander un autre poste, sédentaire, où sa sécurité et celle des voyageurs ne courront aucun risque. Ce malheureux m'a avoué que ces crises ont été beaucoup plus nombreuses qu'il ne me l'avait dit. En outre, pour un rien, la plus légère contrariété dans son service, il a un accès de délire.

J'ai fouillé son passé. Il a 33 ans ; à l'âge de 22 ans une roue de voiture lui a passé sur la tête. Les crises datent de là. Au niveau d'une cicatrice, dans la région fronto-pariétale droite, zone motrice, il existe une dépression du crâne en forme de godet, large comme une pièce d'un franc. Les convulsions sont beaucoup plus marquées du côté gauche et y débutent. En somme : épilepsie Jacksonnienne d'origine traumatique. J'ai proposé la trépanation au malade qui l'a presque acceptée. Suis-je autorisé à la faire ?... »

J'ai tenu à vous communiquer ces lettres, car je serais heureux d'avoir votre avis dans le cas actuel et aussi de voir la question du secret médical de nouveau à l'ordre du jour de la Société. Il ne se passe pas de semaine sans que je sois interrogé à ce sujet, et tous les jours surgissent des aperçus que je n'avais pas encore entrevus. Evidemment, s'il est un cas dans lequel le médecin doive se départir de son secret, c'est assurément celui dans lequel la vie de nombreux individus est en jeu. Le fait actuel peut être rapproché du cas d'aliénation. Or le médecin qui délivre un certificat, qui entraînera l'internement d'un aliéné ne viole-t-il pas vis-à-vis de celui-ci le secret médical tout en rendant service à la société ?

A la suite d'une discussion, la Société décide qu'elle mettra à son ordre du jour le *Secret médical* et nomme une *Commission* d'études préalables composée de MM. Brouardel, Danet, Vibert, Motet, Falret, Benoit.

Les honoraires des médecins légistes.

Un de nos confrères de province nous demande, à propos des difficultés qui surgissent parfois au sujet des honoraires de médecins dont le ministère est requis par la justice, de lui indiquer « quel sens il faut légalement et médicalement attribuer aux mots : *opération plus difficile que la simple visite* et de lui fournir une nomenclature de ce que le médecin, agissant au point de vue légal, peut consciencieusement réclamer pour ses honoraires dans ce genre d'opérations ».

Avant de répondre à la question de notre correspondant, rappelons que le tarif des honoraires médicaux en matière criminelle est réglé de la façon suivante par décret du 18 juin 1811, légèrement modifié par un autre décret du 7 avril 1813 et une ordonnance du 28 novembre 1858 :

1° Pour chaque visite, pansement et rapport, à

(1) Société de médecine légale, séance du 12 décembre 1887.

Paris, 6 francs ; dans les villes de 40,000 habitants et au-dessus, 5 francs ; dans les autres villes et communes, 3 francs.

2° Pour les ouvertures de cadavres ou autres opérations plus difficiles que la simple visite, 9, 7 et 5 francs.

Dans la pratique ordinaire, dans la clientèle civile, il est d'usage constant que tout ce qui suppose des connaissances particulières, étrangères à la généralité des médecins, tout ce qui nécessite l'emploi d'instruments spéciaux, tout ce qui prolonge la durée moyenne de la visite, autorise à réclamer des honoraires plus élevés ; cet usage est admis par la justice elle-même qui, en cas de contestations, a maintes fois invoqué parmi les considérants des jugements rendus, avec la nature de l'opération, la gravité de la maladie, et autres circonstances inhérentes au malade ou au médecin. C'est ainsi que la simple injection hypodermique, qui pourtant ne peut guère être qualifiée d'opération, qui n'est ni longue ni difficile à faire, se paye en sus de la visite ; il en est de même pour les examens vaginaux et utérins, ophthalmoscopiques, rhinoscopiques, laryngoscopiques ; de même encore pour l'emploi, si simple et si répandu, du thermocautère appliqué sur une surface saignante, sur la poitrine d'un tuberculeux, sur une articulation enflammée, etc. Enfin, le prix d'une visite faite dans le courant de la nuit est invariablement plus élevé que celui d'un visite faite au milieu du jour.

Ce sont évidemment ces principes, parfaitement conformes à l'équité, que les magistrats chargés de vérifier les mémoires de médecine légale devraient prendre pour base de leurs évaluations. Il est déjà suffisamment absurde d'exiger à la fois du médecin une visite, un premier pansement et un rapport, pour une somme qui varie de 3 à 6 francs, et de lui allouer 9 francs au maximum pour une autopsie. Au moins faudrait-il étendre le plus possible le cercle des opérations plus difficiles que la simple visite et ranger dans cette catégorie toutes les applications d'instruments (à l'exception du stéthoscope, bien entendu), tous les examens spéciaux (l'examen au spéculum comme les autres), toutes les visites enfin qui, par le temps qu'elles ont pris ou le moment de la journée où elles ont été faites, sortent des limites communes. Toutes les fois qu'une ou plusieurs de ces conditions sont remplies, nous croyons que le médecin est en droit de réclamer un supplément d'honoraires, supplément dont le taux n'est d'ailleurs laissé ni à son appréciation, ni à celle des magistrats ; il ne peut alors recevoir que 9, 7 ou 5 francs, suivant l'importance de la population de la ville où il opère.

Briand et Chaudé ont parfaitement raison de dire : « Ce tarif, qui remonte à 1811, est depuis longtemps l'objet des critiques les plus méritées ; il est bien évident qu'il n'accorde aux médecins qu'un honoraire en quelque sorte dérisoire. Mais, quelles que soient les modifications qu'on y apporte, on ne peut espérer qu'il alloue jamais au médecin légiste une rémunération suffisante ; c'est dans la satisfaction du devoir accompli, et dans la légitime considération qui s'attache au choix dont il a été l'objet, qu'il doit trouver sa récompense. » En attendant que les améliorations nécessaires soient obtenues, et que la nature des visites autorisant une réclamation supplémentaire soit légalement fixée, nous ne pouvons qu'engager nos confrères à établir leurs mémoires d'honoraires conformément aux usages admis dans la contrée qu'ils habitent ; car, il faut l'avouer, aucune règle générale ne peut être formulée à cet égard, les magistrats pouvant toujours se retrancher derrière la lettre de la loi, sans que nous puissions les forcer à l'interpréter dans le sens le plus favorable à nos intérêts. *Dura lex, sed lex !*

(*Union médicale.*)

P. Décaye.

HYGIÈNE ALIMENTAIRE

Intoxication par les moules.

Par le Dr Bardet (1).

L'observation suivante, qui m'est personnelle, me paraît intéressante à citer ; d'abord, en raison de quelques points particuliers que je ne crois pas encore avoir été indiqués, et, ensuite, parce que la critique de ce fait me permettra d'aborder des considérations générales au sujet des causes de l'empoisonnement mytilique, sujet très souvent touché, et pourtant encore bien controversé.

Le 25 septembre dernier, on servait à ma table un plat de moules ; grand amateur de ce coquillage, j'en ai souvent mangé sans avoir été malade ; ce jour-là, je constatai en mangeant que la saison était assez défavorable pour goûter la moule qui, à ce moment, est maigre et peu succulente ; elle offre à l'estomac un paquet de fibres tendineuses véritablement indigestes. Deux heures après le repas, je sentis des démangeaisons vives et reconnus de suite une poussée d'urticaire. Cet exanthème s'accentua et crût pendant dix heures environ ; il fut d'une violence rare et dura 36 heures avec épaississement considérable du derme depuis la plante des pieds jusqu'à la racine des cheveux. En même temps que cette manifestation périphérique, j'éprouvai de vives douleurs à l'estomac, sensations bien connues de moi et absolument semblables à celles que je ressens lorsque j'absorbe des aliments indigestes et particulièrement des substances fibreuses et celluleuses, haricots secs, lentilles, etc. —Pas de phénomènes généraux, aucun trouble intestinal. Au bout de 36 heures, l'urticaire diminua d'intensité et disparut en quelques heures ; mais je constatai que le gonflement du derme au niveau des sourcils et sur toute la région frontale prenait la forme d'un œdème. Ce fait appela mon attention sur les reins et, en effet, l'analyse de mes urines y décela une quantité relativement considérable d'albumine. J'avais donc une néphrite superficielle et pendant 8 jours je constatai la présence de l'albumine (1 ou 2 gr.) en même temps que j'éprouvais des douleurs sourdes dans la région rénale. Point à noter, aucune des cinq personnes qui mangèrent du même plat ne fut incommodée.

Tel est, en peu de mots, le récit de mon observation ; elle est banale, et, à part la constatation d'albuminurie, elle ressemble à bien des empoisonnements analogues ; je n'attache même pas beaucoup d'importance à l'albuminurie ; je crois que, dans beaucoup d'autres cas, on pourrait faire la même constatation, et je veux seulement me servir de ce fait pour aborder l'étude rapide des causes de l'empoisonnement mytilique.

Dans les cas semblables, deux probabilités sont en présence :

(1) Société de médecine pratique, 10 novembre 1887.

Ou bien l'exanthème et l'albuminurie proviennent de l'élimination et, par suite, de l'irritation des organes éliminateurs touchés par un principe toxique spécial ; — ou bien il y a une simple irritation gastrique capable de produire par voie réflexe une irritation de la peau et ensuite par refroidissement ou même par simple suspension des fonctions de la peau, il se produit une albuminurie par répercussion rénale.

Je ne cacherai pas que c'est à cette dernière hypothèse que je me rallie plus volontiers.

Je ne ferai point l'historique des nombreuses hypothèses mises en avant pour expliquer l'empoisonnement à la suite de l'ingestion de moules ; on sait, en effet, que la science a aujourd'hui abandonné complètement ou à peu près les quelques accusations portées contre les crabes, algues ou animalcules, vases, crasses de mer, etc., contenus dans le coquillage et même contre les moules qui auraient pu se fixer sur la carène en cuivre des vaisseaux. Ces suppositions ne sont guère plus de mise aujourd'hui et nous restons seulement en présence de la *mytilotoxine*, alcaloïde probablement du genre leucomaïne, depuis longtemps constaté dans certaines moules, principe toxique isolé et physiologiquement expérimenté.

D'après un récent travail de M. Dutertre, publié par la *Revue scientifique*, ce produit aurait son origine dans une maladie du foie des moules.

Voici un fait scientifique démontré ; voyons si tous les cas d'empoisonnement peuvent s'expliquer par l'action de ce poison.

Ces cas peuvent se diviser en deux classes :

1° Certains sujets ne peuvent jamais manger de moules sans être incommodés plus ou moins gravement, et, chez eux, les phénomènes sont surtout caractérisés par de l'urticaire, de l'indigestion et quelquefois même par une irritation de la muqueuse pulmonaire provoquant de la dyspnée :

2° Certaines personnes ont toujours mangé des moules sans inconvénient et un beau jour elles se trouvent prises par des phénomènes que l'on peut diviser en deux groupes — A. Urticaire, indigestion, dyspnée ; B. mêmes phénomènes le plus souvent, mais pouvant manquer et en plus phénomènes généraux très intenses, entérite, crampes très douloureuses, véritable état cholériforme, avec vertige, tendance à la syncope, quelquefois la mort.

Comme on le voit d'après ce tableau, les phénomènes ne se ressemblent point dans les deux cas et il paraît difficile de les expliquer par la même cause.

D'autre part, si l'on veut bien réfléchir et analyser les cas innombrables où l'on a pu voir des accidents plus ou moins graves survenir par l'ingestion de substances alimentaires, on constatera que bien souvent on trouve des personnes chez lesquelles une idiosyncrasie particulière provoque des phénomènes absolument semblables à ceux de l'empoisonnement mytilique bénin, après l'ingestion de certains aliments, parmi lesquels on trouve le plus souvent les fraises, le poisson, les fruits très parfumés, etc. — De même, la forme aiguë se retrouve avec le même ensemble chez des personnes qui ont fait usage d'aliments avariés, gibier, homard ou poisson. Pour mon compte, j'ai eu à observer en 1880 une épidémie d'intoxication par les huîtres où les phénomènes ont été des plus violents ; chacun sait d'ailleurs qu'il est possible de grouper un grand nombre d'observations de personnes chez lesquelles les coquillages sont très mal supportés.

Donc, quelle que soit l'intensité des désordres, on peut affirmer que les effets mis au passif de la moule ne lui sont point du tout particuliers et que beaucoup d'autres aliments sont capables de produire une action analogue.

Je reviens maintenant à la question que je posais tout à l'heure : les cas bénins et les cas graves doivent-ils être attribués à la même cause et peut-on dire, de plus, que cette cause soit capable d'agir toujours chez les uns et rarement chez les autres ?

Je ne le pense pas, et, pour moi, il me semble qu'on doit diviser les cas d'empoisonnement par les moules en deux classes ; ceux qui sont dus à une irritation gastrique et ceux qui sont dus à une véritable intoxication.

1° *Irritation gastrique*. Je crois que la moule est un aliment extrêmement indigeste, et que, comme d'ailleurs pour beaucoup de poissons de mer, son parfum spécial est capable d'irriter rapidement et vivement la muqueuse gastrique et de provoquer ainsi, particulièrement chez les arthritiques, une action réflexe à la peau : d'où urticaire, sans que cette irritation doive forcément aller jusqu'à l'indigestion.

Je ne peux expliquer autrement ces cas nombreux où, en quelques minutes à peine, l'ingestion de quelques moules (ou même d'huîtres) provoque chez certaines personnes l'explosion d'un urticaire. Je m'explique de même les phénomènes réflexes que l'on a observés sur la muqueuse pulmonaire. Dans ce cas, en effet, il me paraît difficile de faire intervenir le rôle de l'élimination. C'est par ce mécanisme que se produit également l'intoxication bénigne chez certains sujets, que le cas soit accidentel ou constant dans sa manifestation. Je ne crois pas à la possibilité de la présence d'un poison dans toutes les moules sans que ce poison se manifeste de la même façon chez tous les sujets, et je crois que l'hypothèse que je mets en avant est suffisante pour expliquer l'intolérance de l'estomac pour un aliment indigeste.

2° *Intoxication véritable*. — Lorsque des phénomènes généraux apparaissent, on se trouve certainement en présence d'un véritable empoisonnement par matière toxique, et cette matière d'après les phénomènes observés, appartient sûrement à la classe des *leucomaïnes* ou des *ptomaïnes*. Mais il ne me semble pas nécessaire de supposer que ce poison est particulier à la moule ; au contraire, il me paraît plus naturel d'admettre que ce poison se trouve avec les mêmes effets dans beaucoup de cas d'empoisonnement par les diverses matières alimentaires.

En résumé, de l'observation et de la critique des nombreux faits d'empoisonnement mytilique qui se trouvent dans les diverses publications, je me crois autorisé à poser les conclusions suivantes :

1° L'intoxication par les moules se rapproche, lorsqu'elle existe, des autres intoxications par matière toxique née dans des substances alimentaires ; cette intoxication n'offre donc rien de particulier.

2° La moule est un aliment indigeste qui, chez certains sujets *toujours* et *quelquefois* seulement chez d'autres peut provoquer des phénomènes réflexes dus à une simple irritation gastrique, sans qu'il soit besoin de faire intervenir pour les expliquer un poison particulier.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance publique annuelle de distribution des prix pour l'année 1887.

(*Suite.*)

Prix proposés pour l'année 1889

PRIX LAVAL. — 1,000 francs.

PRIX LOUIS. — 4,000 francs.

Question : *Des médications antithermiques.*

PRIX MEYNOT aîné père et fils, de Donzère (Drôme). — 2,600 francs.

Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur les maladies des yeux.

PRIX AUGUSTE MONBINNE

PRIX OULMONT.

PRIX PORTAL.

Question : *De l'anatomie et de la physiologie pathologiques des capsules surrénales.*

PRIX POURAT.

PRIX VERNOIS.

Prix proposés pour l'année 1890.

PRIX DE L'ACADÉMIE. — 1,000 francs.

Question : *Des pelades.*

PRIX AMUSSAT.

PRIX BARBIER.

PRIX HENRY BUIGNET.

PRIX CAPURON.

Question : *De l'avortement à répétition et des moyens d'y remédier.*

PRIX CIVRIEUX.

Question : *Des névrites.*

PRIX DAUDET.

Question : *De la leucémie.*

PRIX DESPORTES.

PRIX FALRET.

Question : *Des folies diathésiques.*

PRIX ERNEST GODARD.

Au meilleur travail sur la pathologie interne.

PRIX HERPIN (de Metz). — 1,200 francs.

Question : *Traitement abortif de l'anthrax.*

PRIX LAVAL.

PRIX LEFÈVRE. — 1,800 francs.

Question : *Au meilleur mémoire sur la mélancolie.*

PRIX MEYNOT aîné père et fils, de Donzère (Drôme).

Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur les maladies de l'oreille.

PRIX AUGUSTE MONBINNE.

PRIX OULMONT.

PRIX PERRON. — 3,800 francs.

Ce prix sera décerné à l'auteur du mémoire qui *paraîtra à l'Académie* le plus utile au progrès de la médecine.

BULLETIN DES SYNDICATS

ET DE

L'UNION DES SYNDICATS

DIRECTEUR : Dr BARAT-DULAURIER

Syndicat de l'Association des médecins du Rhône.

(*Assemblée générale annuelle*).

Allocution de M. FOCHIER, président.

Mes chers Confrères,

Pendant cette année, vous avez continué ou apporté votre adhésion au Syndicat en sachant bien à quelles étroites limites était réduit son rôle légal. Je n'ai donc pas à prêcher des convertis, je n'ai que des croyants en face de moi. Oui, nous croyons tous que, dans une société où toutes les professions ont des représentants pour faire valoir leurs droits collectifs, pour défendre les intérêts individuels menacés, pour rehausser par une discipline commune les adhérents à des règles librement consenties, que dans une société où les anciennes corporations renaissent, sans exclusion despotique, mais aussi avec toute la force que leur donne l'adhésion spontanée de leurs membres, dans une société où l'individu qui reste isolé est destiné à souffrir de l'union des individualités, la profession médicale ne pouvait pas rester seule sans chercher à réaliser une certaine solidarité entre ses membres. Nous sommes placés entre les professions libérales qui se rattachent au barreau et qui sont depuis longtemps douées de Chambres syndicales puissantes, et les professions commerciales ou manuelles qui usent largement des droits qu'une loi récente leur a conférés. Les interprètes de cette loi nous en ont refusé les bénéfices. A nous de les conquérir en prouvant que nous sommes bien aptes à les réclamer, que nous sommes bien prêts à nous en assurer la pleine jouissance. Prouvons le mouvement en marchant comme l'ont fait les corporations ouvrières. Démontrons notre utilité en rendant des services, assurons notre autorité en nous tenant toujours prêts à l'exercer, et nos droits à l'existence en nous passant de l'existence légale.

Soyez tranquilles, nous ne ferons jamais partie pour ce fait d'une association illicite. La loi, ou plutôt ses interprètes, ne nous assurent pas les bénéfices qu'ils attribuent aux représentants d'autres professions, mais ils ne nous interdisent nullement de nous grouper et de nous réunir, et je vois d'ici sourire le magistrat ou l'administrateur auquel on irait nous dénoncer comme agissant illégalement. Sourions aussi nous-mêmes de ces craintes chimériques, votre Chambre syndicale n'a pas même le mérite de s'exposer à la réprimande d'un procureur, aux avertissements d'un préfet, elle que pour un peu on aurait menacée de la paille humide des cachots !

Mais ce qui fondera notre légitimité, avant d'assurer notre légalité, c'est l'adhésion pleine de foi d'un grand nombre de membres. Nous avons d'autant plus besoin de nous soumettre rigoureusement à un nombre très restreint de règles, que nous n'avons pour le moment que des avantages accessoires à le faire.

Nous avons d'autant plus besoin de reconnaître entre nous l'autorité de la Chambre syndicale, qu'on voudrait limiter ses droits en dehors de nous. D'ailleurs, cette autorité est dans la force des choses, elle s'impose d'elle-même, et lorsqu'on se présente dans les bureaux de l'administration comme dans les prétoires de la justice au nom de la Chambre syndicale des médecins du Rhône, on est sûr d'être reçu avec déférence, d'être consulté avec intérêt, d'être écouté avec attention et d'obtenir, pour sanction d'une existence contestée, l'assentiment des pouvoirs qui la contestent.

Aussi le Syndicat ne paraît nullement destiné à s'évanouir, dispersé par le fameux arrêt de la Cour de cassation.

Et cependant il a été cruellement frappé pendant l'année 1887. Quatre adhérents de la première heure nous ont été enlevés par la mort. Au début de l'année, c'était le docteur Muguet, auquel une pratique longue et éclairée de la clientèle rurale

avait appris ce que l'entente confraternelle pouvait avoir de précieux dans la lutte pour l'existence. Puis nous avons eu à déplorer la mort de Rochas, notre Secrétaire, l'âme du Syndicat, le plus fervent de ses adeptes, le plus dévoué de ses promoteurs. Vous l'avez tous connu avec ses allures modestes de savant et ses yeux clairs d'apôtre, vous entendez encore résonner cette voix calme et convaincue, où une espèce de fièvre émotive continue ne se traduisait que par l'uniformité du ton et une trop grande pureté du timbre ; vous avez tous appris à estimer la netteté et la vigueur de son esprit, la simplicité et la fermeté de son exposition. Mais ce que vous n'avez point vu ou plutôt pas senti, c'est la joie qu'il avait à recevoir chez lui tous les mois les représentants de son cher Syndicat. C'était jour de fête pour le petit appartement de notre digne confrère que celui où il accueillait la Chambre syndicale, et c'était avec une sorte de religion émue que Rochas préparait nos débats et rédigeait nos comptes rendus. Si la continuation de notre œuvre avait dépendu de la présence d'un homme, le Syndicat serait mort avec Rochas.

Après Rochas est venu le tour de Meyer, un des plus infatigables d'entre nous, une activité qu'une longue et cruelle maladie n'avait fait qu'exalter en la contrariant, un esprit dévoué à l'œuvre du Syndicat, comme le prouve la proposition que nous avons eu à discuter. Enfin, est arrivée la mort de Fonrobert, un deuil qui touche de trop près notre Président honoraire pour que j'insiste sur l'étendue de cette perte.

De nouvelles et précieuses adhésions sont venues combler ces vides : MM. Léon Blanc, Gros, Lannois, Leclerc, Vincent, se sont fait inscrire membres du Syndicat.

Vous verrez tout à l'heure, par le compte rendu de notre Secrétaire provisoire, que la Chambre syndicale a rempli la tâche que lui imposaient les statuts, qu'elle a eu plusieurs fois l'occasion d'affirmer son existence et de préparer le rôle futur du Syndicat. Quel que soit le résultat des élections auxquelles vous allez procéder, vous ne pouvez manquer de trouver au milieu de vous des confrères bien décidés à continuer sans impatience comme sans faiblesse l'œuvre toujours lente de la préparation de l'avenir.

Compte rendu administratif pour l'année 1887, *par le* Dr Birot, *assesseur.*

Messieurs,

Ainsi que vient de le constater si éloquemment notre cher Président, il n'est aucun de nous qui ne ressente en ce moment un profond et douloureux regret en ne point retrouvant à cette place notre si sympathique Secrétaire, et en n'entendant plus à l'occasion de ces réunions annuelles sa parole si captivante. Rochas, ouvrier de la première heure, avait coopéré avec ardeur à la création de notre œuvre : aussi avec quelle chaleur, quel enthousiasme communicatif, il savait la défendre ! D'une droiture absolue, insouciant, chose rare, de tout intérêt personnel, dévoué corps et âme aux intérêts généraux de notre corporation, il était heureux, presque fier, du développement constant du Syndicat, dû en grande partie à ses efforts. Aussi sa mort prématurée, si elle a été pour ses amis un deuil cruel, a été pour l'Association entière une perte des plus sensibles.

A son défaut, Messieurs, votre Bureau m'a imposé la tâche de vous présenter, par intérim, le compte rendu administratif de l'année. Il ne s'agit pas simplement pour vos mandataires de se conformer à l'art. 8 de nos Statuts. Ils sentent la nécessité de vous rendre compte de leurs actes, de se mettre complètement en communication avec vous, fidèles adhérents, de connaître votre pensée en vous faisant connaître la leur ; ils ont aussi un espoir, c'est qu'en énumérant les travaux du Syndicat, les services qu'il a pu rendre, nos confrères encore indécis se joindront à nous, et nos confrères hostiles, s'il y en a, nous rendront au moins justice en reconnaissant que nous poursuivons un seul but, un but de dignité professionnelle et de protection mutuelle !

Une première question a occupé votre Syndicat, celle de l'*enregistrement des diplômes*. La loi, vous le savez, nous oblige dans le délai d'un mois après la fixation de notre domicile à présenter notre diplôme au greffe du Tribunal et à la Préfecture. Or, cette formalité n'est point toujours accomplie : la plupart du temps par négligence ou insouciance, quelquefois par crainte que cette pièce importante ne s'égare dans les bureaux, sans espoir de retour, les employés refusant d'en délivrer récépissé.

Cette perspective peu agréable (car la délivrance d'un nouveau diplôme ne s'obtient pas sans de grandes difficultés) ne sera plus désormais à redouter. Notre Président a fait à la Préfecture une démarche personnelle, et il a été décidé que le nouveau docteur pourrait, soit exiger un récépissé, soit même emporter son diplôme après l'apposition d'un visa et de la griffe du Secrétaire général : formalités qui n'exigeront point plus d'une dizaine de minutes.

La conséquence sera, nous l'espérons, l'exécution par tous les nouveaux docteurs de la prescription légale, et par suite une statistique plus vraie des membres de notre corporation.

Une autre question également pratique est celle *des clients de mauvaise foi*. Nous savons tous par expérience que certaines familles organisent une véritable exploitation des médecins ; lorsqu'elles ont reçu les soins de l'un de nous et que le quart d'heure de Rabelais est venu, le docteur est abandonné, on passe à un second et ainsi de suite. Nos jeunes confrères, nouveaux venus dans un quartier, sont naturellement mis de préférence en coupes réglées. Et je ne parle point des clients malheureux auxquels aucun de nous ne refuse les soins, mais des gens de mauvaise foi, et ils sont, hélas ! nombreux ! Une circulaire qui vous a été adressée au mois de juillet dernier vous a fait connaître la mesure prise par le Syndicat pour lutter dans les limites du possible contre cet abus : il s'agit d'un registre destiné à recevoir les noms de ces exploiteurs avec quelques renseignements si possible sur leurs méfaits. Cette organisation, qui est appelée à rendre de réels services, n'a pas cependant, nous devons l'avouer, obtenu tout le succès qu'elle méritait : quelques-uns de nos confrères ont adressé des renseignements, le plus grand nombre s'est abstenu.

Peut-être ont-ils redouté une responsabilité quelconque, en divulguant même à titre confidentiel les noms de leurs débiteurs de mauvaise foi et se sont-ils abstenus pour ce motif. Qu'ils se rassurent ! nos conseils si autorisés n'ont pas hésité à reconnaître la parfaite légitimité de cette mesure et son absence totale de danger.

Passons en revue les principales questions sur lesquelles le Syndicat a été consulté et les solutions qu'il a émises.

L'une de ces questions était la suivante : *Un étudiant en médecine pourvu de ses cinq examens de doctorat peut-il, avant la passation de sa thèse, exercer la médecine pendant un an et un jour ? Si la législation est muette sur ce point, existe-t-il au moins un usage constant ayant force de loi ?*

Dans l'espèce, il s'agissait d'un étudiant de notre Faculté qui était allé dans une ville voisine suppléer un de ses parents, et exerçait malgré les protestations des autres médecins et la plainte déposée contre lui au Parquet.

Votre Chambre syndicale, après un examen approfondi de la question, s'est rangée absolument à l'avis donné par l'Association qui avait été ellemême consultée et a conclu à l'abandon de cette pratique illégale constituant un simple préjugé sans fondement.

A l'occasion d'une autre affaire dans les détails ou incidents de laquelle il est inutile d'entrer, notre Syndicat a été appelé à formuler l'avis suivant : « Un médecin, se livrant à l'exploitation d'un remède dont il ne fait pas connaître la formule, exploitation par la voie de la publicité ou par promesses de remises à des intermédiaires chargés de lui fournir des clients, est considéré par le Syndicat médical comme contrevenant aux règles de l'honorabilité professionnelle. »

Je vous parlerai très brièvement des avis demandés au Syndicat soit par certains de nos confrères avant de réclamer en justice les honoraires qui leur étaient dus, soit par les juges eux-mêmes au cours du procès.

A cette occasion, je suis heureux de vous signaler le nombre de plus en plus nombreux d'affaires renvoyées par les juges de paix devant votre Syndicat. Malgré l'arrêt de la Cour de cassation du 25 juin 1885 méconnaissant notre existence légale, notre œuvre s'impose par les services qu'elle est appelée à rendre même à la justice. Aussi constatons-nous que cette dernière, sans s'inquiéter d'interpréter la loi de 1884, nous considère ouvertement avec une faveur évidente.

Parmi les questions d'honoraires qui, pour la plupart, ne présentent aucun intérêt spécial, une seule mérite quelque peu d'être signalée : il s'agissait d'un malade soigné pour un rétrécissement. Après un certain temps de traitement, dont une uréthrotomie interne, il acquitte une première note ; les cathétérismes continuent. Puis, nouvelle note que le malade refuse de payer, prétendant que le médecin lui devait des soins pour toutes les suites de la maladie. Le juge de paix renvoie l'examen de l'affaire au Syndicat, qui conclut aux règles suivantes :

1° En principe, tout règlement ne peut s'appliquer qu'aux soins donnés jusqu'au jour du règlement ;

2° Un rétrécissement peut, une fois l'opération terminée, nécessiter des soins infinis, ne pouvant pas être considérés comme soins consécutifs à l'opération ; ces soins peuvent être rendus nécessaires par divers faits personnels au malade ;

3° Quant aux honoraires réclamés en deuxième lieu, les cathétérismes qui le concernent ayant eu lieu après un premier règlement n'ont pas été compris dans ledit règlement.

Pour la solution de toutes les affaires, nous avons apprécié de plus en plus les connaissances juridiques et l'expérience consommée de nos conseils si dévoués, MM. Rougier et Garin. Leurs avis nous ont guidés et nous ont toujours été précieux. Qu'il me soit permis de leur adresser nos remerciments les plus chaleureux.

Je vous rappellerai en dernier lieu que, dans la dernière assemblée générale, un de nos confrères des plus sympathiques dont nous déplorons tous la mort prématurée, Meyer, avait saisi l'assemblée d'un vœu en faveur *de la séparation de l'Association et du Syndicat*. L'examen de ce vœu a été renvoyé à votre Chambre syndicale qui l'a repoussé à l'unanimité.

Les deux Associations vivent côte à côte et s'entr'aident mutuellement. L'œuvre de charité et l'œuvre de défense professionnelles n'ont rien d'incompatible. Si, au début, quelques malentendus ont pu s'élever, ils ont été rapidement dissipés, et la vie commune tend à devenir plus intime. Je dirai plus : le Syndicat est fils de l'Association ; il a besoin de conserver le lien qui l'unit à celle-ci et se développe de plus en plus en même temps que l'Association elle-même. Rappelons-nous que nous ne sommes point encore pleinement reconnus, que plusieurs années s'écouleront apparemment avant de recevoir un état civil bien régulier. Consolons-nous, une œuvre telle que la nôtre qui a en elle des éléments de vitalité solide, appuyée sur l'Association, son aînée, continuera à évoluer dans la voie du progrès et de la prospérité. Chaque année, le nombre de nos adhérents augmente d'une manière notable ! N'avons-nous pas eu dans notre ville même des exemples bien réconfortants ? La Chambre syndicale des fabricants de soieries est bien antérieure à la loi de 1884 sur les syndicats ; sous l'Empire elle a fonctionné et prospéré pendant plus de vingt ans sans aucune existence légale. Pourquoi ? c'est qu'elle répondait à un besoin : c'est qu'elle était utile à la corporation. Que votre Syndicat continue et développe son rôle utilitaire, et l'avenir répondra amplement à nos espérances.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU CONCOURS MÉDICAL

M. le Dr ROBUCHON, à l'Ile-d'Yeu (Vendée), présenté par le docteur Lécuyer, de Baurieux (Aisne).

M. le Dr PETITJEAN, au Veurdre (Allier), présenté par le docteur Ramaye, de Saint-Pierre-le-Moutier (Nièvre).

NOUVELLES

M. Chamberland a récemment déposé sur le bureau de la Chambre des députés un rapport au nom de la Commission chargée d'examiner la proposition de M. Siegfried et d'un grand nombre de ses collègues, relative à l'organisation de l'administration de la santé publique.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX frères, place St-André, 3.

Dixième année **N° 2** 14 Janvier 1888

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE :

LA MÉDECINE AU RABAIS

Les sociétés de secours mutuels. — Les Compagnies d'assurance contre la maladie.

La question de la rémunération du médecin, que nous avons introduite, en octobre, par nos commentaires sur un projet d'*Union médicale*, entre les Sociétés de secours mutuels, doit être discutée et résolue cette année, car elle se représentera en 1889.

Dans les grandes villes, où les Sociétés de secours comptent un si grand nombre de membres, les excès dont nous menace leur fédération, se compliqueront bientôt, nous le craignons.

Nous avons informé nos lecteurs de la création en *Belgique* d'une société d'assurance contre la maladie, *la Santé* ; nous leur avons rappelé qu'avant la crise financière, issue, en France, de l'éclosion de sociétés innombrables, il avait été question à Paris, d'une compagnie *qui offrait au public, dans chaque quartier, les soins médicaux à toutes les classes de la société, moyennant une prime annuelle.*

Les Sociétés de secours mutuels n'ont, pour le médecin, qu'un avantage, qui compense, dans une certaine mesure, l'insuffisance des honoraires médicaux : c'est la certitude de percevoir la rétribution de la classe ouvrière qui devrait composer uniquement les sociétés. Cette certitude, et, en outre, le désir de se créer un noyau de clientèle, engagent les jeunes médecins et ceux qui ont besoin d'assurer le budget de leur famille, à s'associer, en faisant des sacrifices, à l'œuvre, excellente en soi, des sociétés de secours. De telle sorte que, si ces sociétés ne poussent pas à l'excès l'exploitation du médecin, ainsi que nous le fait redouter la constitution de l'*Union médicale*, on peut s'accommoder avec elles, dans certaines conditions à déterminer. Nous prétendons que l'on peut y arriver, en faisant comprendre aux dignitaires qu'une rémunération ridicule entraîne un service mal fait, dangereux pour leurs sociétaires, qu'ils trompent nécessairement, qu'ils exposent à tous les dangers d'une intervention médicale hâtive, insuffisante, fournie à contre-cœur, par un médecin surmené.

On peut y arriver aussi, à la condition d'établir entre les médecins qui, par misère, seraient disposés à accepter n'importe quelle rétribution, des relations permanentes, des réunions dans lesquelles on leur prouverait qu'il y aura toujours un plus besogneux qu'eux-mêmes pour accepter une rétribution inférieure.

Mais le danger des Sociétés de secours mutuels n'est rien auprès de celui que feraient courir à notre corporation les *Compagnies d'assurance contre la maladie.*

Il est évident que ces sociétés se constitueraient sur deux bases, à notre détriment : bénéfices sur le médecin : 1° au profit de leurs actionnaires ; 2° au profit de leurs assurés.

Tablant sur la concurrence entre médecins, elles en viendraient, à l'envi l'une de l'autre, à abaisser la rétribution des médecins pour élever le dividende.

Où trouveraient-elles leurs plus chauds partisans, si ce n'est dans cette classe moyenne qui fournit la plus sûre rétribution au médecin ?

Les pauvres aux sociétés de bienfaisance : le médecin en fait les frais en grande partie. Les ouvriers aux Sociétés de secours : le médecin, beaucoup plus que quiconque, en est le soutien, le rouage essentiel, par ses sacrifices. La classe moyenne aux compagnies d'assurance contre les maladies, qui vont diminuer, sinon tarir la source des revenus de tous les médecins de quartier. Que restera-t-il alors à la majorité des médecins ?

Et les alarmes que nous éprouvons, ne sont pas des alarmes chimériques.

Le principe qui s'impose, de plus en plus, aux sociétés modernes, l'association, en vue de l'atténuation de tous les risques ; mort, vieillesse, infirmité, s'est étendu déjà au risque perpétuel de tout

individu : la maladie. Les pauvres, les ouvriers, ont eu recours aux sociétés de secours ; pourquoi la classe aisée ne voudrait-elle pas prévoir la maladie et les dépenses qu'elle entraîne et dont elle ne peut d'avance limiter la quotité !

On ne peut y parvenir que par l'assurance. On sera donc forcément entraîné dans l'orbite de la prévoyance, dans l'orbite des futures compagnies d'assurance contre la maladie.

Nous disons futures : nous nous trompons ; elles existent déjà à Paris. Mais elles n'ont jusqu'ici envisagé qu'un côté de la question. Elles versent une rétribution de maladie, en échange d'une prime. Elles ne sont pas encore entrées dans le vif de la question : *l'économie à procurer à leurs actionnaires en leur assurant le médecin qu'elles se procureront à un rabais dont il n'est pas possible de prévoir le quantum.*

Ce qui se fait en *Belgique* va se faire demain en *France*, et alors jusqu'à quel degré pourront déchoir les conditions d'exercice de la profession médicale ! Nous pourrions le calculer aisément, si, contre notre espoir, les médecins des villes s'endormaient dans une trompeuse sécurité.

Nous pouvons en juger déjà par les plaintes d'un grand nombre de pharmaciens : leur situation tend à déchoir, dans presque tous les quartiers, par une concurrence effrénée telle, que nombre d'officines ne continuent à s'alimenter que par des rabais incompatibles avec la pureté du remède, par la délivrance des médicaments *au sou pour franc* et par d'autres procédés encore bien plus blâmables.

En résumé, nous croyons que nous ne sommes qu'à l'aurore de la *Concurrence médicale*. Où trouver le remède contre ses excès, sinon dans *l'Association entre médecins*? Nous l'avons préconisée avec quelque succès en province. Elle est encore bien plus utile dans les grandes villes, où les éléments de concurrence sont plus nombreux, plus rapprochés.

C'est pourquoi nous avons proposé et nous recherchons l'*Association de la presse médicale* qui prêchera le rapprochement entre médecins ; c'est pourquoi nous proposons aux *sociétés médicales d'arrondissement*, de choisir et de nommer *trois membres* par société, pour constituer une *commission professionnelle* permanente.

Les membres de ces commissions d'arrondissement seront convoqués en une *Association médicale professionnelle* chargée de discuter toutes les mesures d'intérêt général soulevées et discutées dans les sociétés d'arrondissement.

Il y a donc dans *Paris* les éléments d'une association puissante, capable de résister aux dangers qui menacent notre profession. Il faut les utiliser sans retard.

Avant de terminer cet appel à l'esprit de solidarité qui devrait animer tous les médecins, nous voulons être bien compris.

Nous ne raisonnons pas, dans ces graves questions, au point de vue étroit de la rétribution du salaire médical seulement. Nous savons tous que le public (aussi bien l'ouvrier que le bourgeois) exige du médecin des dehors, des apparences, de la générosité, qu'il ne réclame d'aucune autre classe de la société. Où le médecin trouvera-t-il les ressources nécessaires pour répondre à ces exigences, s'il ne rencontre plus dans l'exercice de sa profession l'aisance nécessaire ?

On nous demande tous les sacrifices, nous voulons les faire, à la condition de pouvoir maintenir notre condition sociale, déjà bien compromise par la pléthore médicale.

Nous rechercherons les éléments de résistance à cette déchéance. Nous espérons être assistés par tous ceux qui voient plus loin que le présent et qui comprennent qu'ils sont toujours solidaires.

Pour que le médecin pût exercer avec dignité sa noble profession, il ne devrait embrasser notre carrière qu'avec des revenus assurés. Mais puisque, malheureusement, le plus grand nombre est obligé de compter avec la rétribution de ses soins, il faut qu'on empêche les organisations qui en diminueraient le légitime produit.

Comment les médecins trouveraient-ils la possibilité d'exercer leur charité traditionnelle, si les Sociétés de secours, les Compagnies d'assurances contre les maladies venaient supprimer le tiers, la moitié de leurs honoraires ?

A. CÉZILLY.

NOTA : La Société médicale du XVII[e] Arrondissement a communiqué aux autres Sociétés la délibération dont nous avons déjà parlé, ainsi conçue : « La Société du XVII[e], dans sa séance du 28 décem-« bre 1887, après avoir pris connaissance d'une cir-« culaire adressée aux médecins par l'*Union médi-« cale des Sociétés de Secours mutuels* de la Seine :

« Considérant que les conditions imposées aux « médecins par cette association, sont préjudicia-« bles à l'intérêt bien compris des malades et in-« compatibles avec toute sorte de dignité profes-« sionnelle, décide, à l'unanimité, qu'il n'y a pas « lieu de délibérer sur un tel projet et passe à l'ordre « du jour. »

Cette note est dans le sens de l'organisation que nous désirerions voir inaugurer ; mais elle sera sans effet utile, nous le craignons.

LA SEMAINE MÉDICALE

Inoculation de la variole en Kabylie (1).

La pratique de l'inoculation de la variole pour préserver des atteintes graves de cette maladie, pratiquée avant la découverte de Jenner dans divers points du globe, en Chine depuis les temps les plus reculés, en Turquie et dans les pays musulmans, puis en Europe, est depuis restée en usage parmi les arabes jusqu'à la conquête française de l'Algérie. Grâce aux efforts de nos médecins militaires, cette pratique traditionnelle a, sinon disparu, du moins beaucoup diminué parmi les Arabes, qui acceptent aujourd'hui le bienfait de l'inoculation vaccinale. Mais la Kabylie reste obstinément attachée à l'inoculation variolique.

Le docteur *Longo*, qui exerce près de l'important village Kabyle de Mansourah, a pu observer de fréquentes épidémies de variole qui, de la Kabylie, rayonnent dans les pays arabes. Cet observateur appelle sur ce danger l'attention des pouvoirs publics et demande qu'on rende obligatoire la vaccination en Algérie. Il suffirait peut-être même pour convertir les Arabes et les Kabyles à la vaccine, de la propagande dévouée que font les médecins militaires, si trop souvent le vaccin ne venait à leur manquer.

(1) Académie de médecine, 3 janvier.

Comme M. Vallin l'a fait remarquer, dans un travail que nous avons analysé récemment, on peut facilement remédier à l'insuffisance du vaccin humain par des établissements de vaccin animal, et M. Longo estime que les ressources de l'armée suffiraient probablement à la formation d'une ou plusieurs étables, sans qu'il soit nécessaire de s'adresser aux pouvoirs publics.

M. Hervieux, qui a communiqué à l'Académie le travail de M. Longo, n'a pas approuvé ses conclusions.

Nocuité ou innocuité du nickel employé pour les ustensiles de cuisine.

On sait que Garnier a découvert en 1861 en Nouvelle-Calédonie des gisements importants de minerai de nickel exempt d'arsenic, alors que presque tous les minerais étrangers en contiennent. Aussi la fabrication d'ustensiles en nickel destinés à des usages culinaires a-t-elle pris une grande extension. Or en raison d'accidents éprouvés par un prince autrichien à la suite de l'ingestion d'aliments préparés dans des ustensiles en nickel, le gouvernement a interdit l'emploi de ceux-ci pour la cuisine.

Les opinions des chimistes sur la toxicité du nickel sont absolument discordantes, les uns le considèrent comme aussi peu nuisible que le fer, d'autres comparent son pouvoir toxique à celui de la picrotoxine. M. Riche a repris l'étude de cette question par des expériences sur les animaux, en faisant ingérer à ces animaux des doses considérables d'acétate de nickel (de 0,50 à 2 grammes) ; à cette dernière dose seulement, l'animal éprouve quelques accidents rapidement dissipés quand on abaisse la dose.

M. Richer conclut que la quantité si minime de sels de nickel que contiennent les aliments cuits dans les vases de ce métal, n'est nullement dangereuse pour l'homme, pour autant qu'on peut comparer l'homme au chien en toxicologie. Le nickel employé pour la fabrication des vases de cuisine n'est pas plus nuisible que le fer dont il se rapproche au point de vue chimique.

Action physiologique et toxique de la cocaïne. Antagonisme avec le curare.

M. *Laffont* a communiqué à l'Académie des sciences et à l'Académie de médecine des conclusions relatives aux effets physiologiques suivants produits par la cocaïne :

1° L'analgésie périphérique généralisée, n'impliquant que les extrémités nerveuses sensitives ;

2° La conservation de l'excitabilité du tronc nerveux, et même une augmentation notable de cette excitabilité ;

3° La persistance des réflexes, malgré l'analgésiation périphérique ;

4° Enfin, et comme déduction de ces faits, le contraste, par comparaison, du mode d'action de la *cocaïne* avec celui du *curare*, la première portant son influence élective sur les éléments *sensitifs* terminaux du nerf, comme le second sur les éléments *moteurs*.

M. Laborde a fait valoir devant la Société de biologie que tous ces faits se trouvent explicitement contenus et développés dans son *Etude expérimentale sur l'action physiologique de la cocaïne et de ses sels*, publiée dans les *comptes-rendus* de la Société.

Il n'y a pas jusqu'à la comparaison avec le *curare*, qui ne s'y trouve en toutes lettres, et qui montre la parfaite concordance des résultats de ses anciennes recherches avec ceux de son confrère.

« On pourrait dire, écrivait M. Laborde, pour résumer en une formule de comparaison et faire bien comprendre le mode d'action de la *cocaïne*, que cette action est le contraire de celle du *curare*. Celle-ci frappant, pour l'anéantir, la conductibilité nerveuse *motrice*, et respectant, dans la subordination des phénomènes, la conductibilité *sensitive* ; celle-là respectant et même exaltant la propriété motrice périphérique et centrale, et s'attaquant, pour l'atténuer ou l'anéantir momentanément, à la *sensibilité* et de préférence à la sensibilité perçue ou consciente (analgésie). »

M Laborde ajoutait, pour mieux accentuer le contraste : « Il se pourrait que, dans le contraste que nous ne faisons qu'invoquer ici, comme simple moyen d'explication, il y eût le fait d'un véritable antagonisme physiologique entre les deux substances. »

Un lait de vache artificiel.

Le Dr Ledentu a signalé à la Société de médecine de Trieste le mélange suivant qui lui paraît reproduire assez exactement la composition du lait de vache et qu'il a employé avec grand succès 44 fois sur 51 cas de choléra infantile.

Blanc d'œuf sec.	15 grammes.
Huile d'amande douce	35 grammes.
Sucre de lait.	40 grammes.
Carbonate de soude	0 g. 40 centigrammes
Chlorure de sodium	0 g. 20 centigrammes
Phosphate neutre de chaux.	2 g. 50 centigrammes
Eau	1 litre.

Faire une émulsion.

L'antipyrine dans l'accouchement naturel (1)

M. *Laget* (de Marseille) a employé l'antipyrine dans un cas d'accouchement prématuré, à la période d'expulsion, et alors que les douleurs très pénibles qui accompagnaient les contractions rendaient celles-ci peu efficaces.

Deux doses successives d'antipyrine de deux grammes chacune ont amené rapidement une diminution rapide de la douleur, et, comme conséquence, une régularisation et un effet utile plus marqué des contractions utérines dont la puissance n'a été nullement diminuée. L'antipyrine a été employée en lavement.

M. Laget croit qu'on pourrait sans danger employer des doses plus rapprochées ou plus massives, mais que cela, évidemment, dépend des indications de chaque cas.

(1) Société de biologie, 24 décembre.

CHIRURGIE PRATIQUE

Les ruptures traumatiques de l'Urèthre

Nous avons eu l'occasion, il y a deux ans, de donner nos soins à un jeune homme qui dans une chute de cheval avait subi des lésions graves du bassin et du périnée. Ces sortes d'accidents, bien que ne se rencontrant pas tous les jours, ne sont cependant pas très rares à la campagne ou dans certaines professions. Les maçons, les menuisiers, les cavaliers, les marins, tous ceux en un mot qui, travaillant à une certaine hauteur au-dessus du sol, peuvent tomber plus ou moins malheureusement sur des corps durs sur lesquels le périnée vient heurter. Ces lésions réclament souvent une intervention rapide; aussi nous croyons être utile à nos confrères en attirant leur attention sur ce point de chirurgie d'urgence.

Nous relaterons d'abord notre observation dans toutes ses particularités et, après avoir discuté certains faits intéressants qu'elle contient, nous donnerons les règles du traitement des ruptures traumatiques de l'urèthre en montrant en quoi nous nous sommes quelque peu écarté des principes excellents posés par M. le professeur Guyon et pourquoi nous y avons été obligé.

OBSERVATION.

Rupture traumatique de l'urèthre membraneux consécutive à une fracture de l'os iliaque.— Contusion de la portion pénienne du canal. — Abcès pelvien et abcès péri-uréthral.— Incision médiane du périnée. — Sonde à demeure. — Guérison.

Le 19 juin 1885, je fus appelé par M. le Docteur Cézilly à voir un nommé William X.., employé en qualité de jockey, chez un entraîneur de Chantilly. Ce jeune homme, âgé de 23 ans, vigoureusement constitué, avait été victime d'un accident de cheval entre 7 et 8 heures du matin; accident qui était arrivé de la façon suivante : en sautant une barrière fixe, le cheval que montait William avait heurté des pattes de devant et avait été précipité en avant; au moment où il touchait le sol, W.. retomba sur le pommeau de la selle et se heurta violemment le périnée; il roula ensuite sur le sol et le cheval retomba lourdement sur lui. Après avoir repris connaissance, le blessé, porté dans son lit, accusa durant la journée des douleurs très vives dans le ventre; les moindres mouvements les provoquaient. Il y avait une rétention d'urine absolue et il s'était fait par le canal une hémorrhagie peu abondante, mais persistante.

Au moment où j'arrivai près du blessé, 10 heures environ après l'accident, nous pûmes constater les faits suivants. Il y avait une forte ecchymose sur la face inférieure du pénis et une tuméfaction notable, violacée et douloureuse du périnée. Un vaste épanchement sanguin remplissait la fosse iliaque interne du côté gauche; une forte déformation de consistance osseuse, très douloureuse au toucher, se voyait en arrière au-dessous de l'épine iliaque postéro-supérieure. En pratiquant le toucher rectal, nous pûmes constater une région très sensible à la face interne de la branche montante du pubis ; vers sa partie supérieure ; on ne sentait aucune déformation, mais des pressions sur la face interne de l'ischion provoquaient de vives douleurs. Lorsque, fixant l'ischion de la main gauche, on s'efforçait avec la droite d'imprimer des mouvements à l'os iliaque, on provoquait une grosse crépitation profonde, indice absolu et irréfutable de fracture du bassin.

La vessie était modérément distendue : une sonde demi-molle, introduite dans le canal, s'arrêta à un obstacle situé à 13 centimètres environ du méat : cette exploration, quoique faite avec beaucoup de douceur, était très douloureuse ; la sonde revint tachée de sang. Je n'insistai pas et me décidai immédiatement à pratiquer le débridement médian du périnée.

Le malade, endormi, fut placé dans la position de la taille; une sonde d'argent ordinaire fut introduite comme conducteur jusqu'à l'obstacle et maintenue par un aide. Je pratiquai alors une incision médiane sur le périnée, allant jusqu'à un centimètre 1/2 de l'anus et longue en tout de 6 à 7 centimètres. Pénétrant ensuite couche par couche, j'arrivai sur la sonde et j'incisai l'urèthre 1 centimètre en avant de l'obstacle. En arrière, je me trouvais dans une région fortement contuse, infiltrée de sang noirâtre, dans laquelle la recherche du bout postérieur était des plus difficiles surtout avec le mauvais éclairage dont nous pouvions disposer ; la déchirure de l'urèthre était irrégulière, contuse, mâchée. Ne pouvant trouver l'orifice du canal, j'appuyai sur la vessie et vis sourdre alors quelques gouttes d'urine. Après quelques tentatives, ne pouvant appliquer la sonde à demeure, je me contentai de faire une large irrigation, puis un pansement antiseptique.

20 *juin.* — Le matin, la vessie était assez fortement remplie, il n'y avait par la plaie qu'un très léger écoulement. Dans l'après-midi il devint spontanément très abondant; le soir, le malade très soulagé était calme et dans le plus grand bien-être.

21 *juin.* — L'urine continue de couler très facilement.

22 *juin.* — Dans la soirée le malade accuse quelques douleurs et ne peut plus émettre d'urine. La plaie avait une notable tendance à se fermer ; on décolla ses lèvres et on chercha avec une sonde cannelée l'orifice postérieur de l'urèthre sans pouvoir le trouver. Dans la nuit, l'écoulement d'urine se rétablit seul.

23 *juin.* — Mêmes accidents que la veille. Le Dr Cézilly tente d'introduire une sonde de gomme noire, par la partie antérieure du canal. Après quelques hésitations, elle franchit l'obstacle et pénètre jusqu'à la vessie. Après quoi, la sonde fut laissée à demeure.

27 *juin.* —La miction se fait régulièrement par la sonde à demeure, la plaie périnéale bourgeonne, et la fosse iliaque gauche, qui était le siège d'un épanchement hématique, est redevenue souple. La sonde à demeure est très bien tolérée. Afin d'immobiliser aussi bien que possible le bassin fracturé, on place le malade dans une gouttière construite de façon à immobiliser le bassin et le membre inférieur gauche, tout en permettant de fléchir la cuisse droite sur le bassin.

29 *juin.* — Le blessé sent quelques douleurs sourdes dans le ventre ; au moment du pansement il sort par la plaie un véritable flot de pus épais et très abondant ; il est jaune grisâtre et d'odeur très fétide.

30 *juin*. — L'écoulement du pus se reproduit très abondamment, il semble sourdre sur le côté gauche de l'incision périnéale; une sonde de gomme rouge portée en ce point pénètre facilement d'avant en arrière en se portant un peu à gauche jusqu'à une profondeur de 12 centimètres environ. Du pus jaune grisâtre s'écoule encore par le calibre de la sonde; on pousse alors dans la cavité une injection avec une solution d'acide borique à 4 %.

Les jours suivants, le même traitement est continué; l'écoulement purulent diminue, mais le malade souffre davantage, il a de la fièvre. Il est agité et mange moins bien.

5 *Juillet*. — Le côté droit des bourses est rouge et tendu; on trouve un abcès nettement fluctuant à sa partie supérieure, au niveau de la racine de la verge. L'incision pratiquée immédiatement donne issue à une notable quantité de pus sanieux. L'abcès postérieur a diminué de profondeur et la sonde ne pénètre plus que dans une étendue de 8 centimètres au plus; la cavité ne peut plus admettre que 20 à 30 grammes de liquide.

6 *juillet*. — Le lendemain, après avoir endormi le malade, j'agrandis la petite incision que j'ai faite la veille de façon à voir au fond de l'abcès. Je m'aperçois qu'il est formé par une perte de substance occupant la face inférieure du canal de l'urèthre dans une étendue de 2 cent. 1/2 à 3 centimètres. J'introduis facilement dans le canal une sonde de gomme rouge : puis j'établis une contre-ouverture à la partie la plus déclive de l'abcès c'est-à-dire au niveau de la partie postérieure de la racine des bourses; je place un large drain, et je fais un abondant lavage avec une solution d'acide phénique à 2 1/2 %.

A partir de ce moment l'état général se relève rapidement, la fièvre tombe, l'appétit revient, la suppuration se tarit.

10 *juillet*. — L'état du blessé est excellent, il urine très bien par la sonde à demeure qui ne cause aucune irritation. La plaie et la cavité de l'abcès bourgeonnent fortement; aussi je supprime le drain antérieur. Quant à l'abcès postérieur, il ne donne plus aucun écoulement.

A partir de ce jour, rien d'important n'est à signaler dans l'histoire de notre blessé. La guérison suivit son cours normal, la miction se rétablit très bien et on apprit au malade à se sonder une fois tous les jours, afin de reculer l'apparition du rétrécissement.

Trois à quatre mois après l'accident, le jeune William remontait à cheval et pouvait courir sans fatigues. Nous le revîmes dans le courant de décembre 1885; il urinait très bien, et rien ne passait par la fistulette qui avait succédé à l'abcès antérieur; elle semblait s'oblitérer spontanément.

Depuis ce moment nous ne l'avons plus revu.

Réflexions.

Nous avons eu en somme affaire à un blessé atteint de traumatismes multiples et graves. Sa guérison a été traversée par des complications dangereuses : un abcès profond du bassin, et un autre abcès périuréthral, à la racine des bourses. Il est plusieurs points dans cette histoire clinique qui renferment quelques obscurités que nous allons nous efforcer d'élucider.

Dès le début l'étiologie mérite discussion. Dans un premier temps de sa chute, le blessé heurte son périnée sur le pommeau de la selle, le tronc était en ce moment fortement incliné en avant.

D'autre part, en examinant les régions blessées, on trouvait une ecchymose de la face inférieure de l'urèthre près de la racine des bourses et un foyer de tuméfaction douloureuse au niveau du périnée postérieur. L'exploration avec la sonde montrait un obstacle au niveau de la région membraneuse et l'incision du périnée pénétrait dans un foyer hématique au fond duquel l'urèthre était déchiré au moins dans les deux tiers inférieurs de sa circonférence. La région de la déchirure correspondait assez exactement à cette partie de la branche montante de l'ischion gauche qui était le siège d'une fracture. Aussi, de toutes ces circonstances nous concluons que le canal avait subi l'action de deux violences : contusion marquée, sans rupture, au niveau de la portion pénienne, déchirure causée probablement par la fracture de la branche descendante du pubis au niveau de la portion membraneuse.

Notre cas se rapproche donc d'un fait de Lannelongue dans lequel il existait une fracture au niveau de la partie moyenne de la branche ischio-pubienne du côté gauche.

Le jour même de l'accident nous constatons une grave lésion du squelette pelvien. Il y avait une fracture de l'os iliaque semblant détacher l'ischion avec la partie postéro-inférieure de l'ilium. La mobilité anormale, la saillie postérieure, la grosse crépitation, la douleur à la pression de l'ischion témoignaient assez en ce sens.

Nous avons pu constater là un symptôme assez fréquent dans ces sortes de fractures avec lésion secondaire de l'urèthre. Un épanchement sanguin très abondant s'était formé non seulement au périnée, mais s'était infiltré jusque dans la fosse iliaque gauche où il formait une notable tuméfaction.

Je reviendrai plus loin sur ce qui a trait à l'intervention chirurgicale que je pratiquai immédiatement, pour m'occuper dès maintenant de ces deux abcès qui ont traversé la marche de la réparation des désordres traumatiques.

Le 25 juin, 11 jours après l'accident, un véritable flot de pus se fait jour sur le côté gauche de la plaie périnéale; ce pus est très fétide, grisâtre et grumeleux; une sonde pénétrait à une profondeur de 12 centimètres en arrière et un peu à gauche. Elle s'enfonçait donc dans la direction du petit bassin, et pour aller aussi loin il fallait qu'elle pénétrât dans un foyer situé contre la paroi du petit bassin entre le squelette et la vessie. Il est probable que l'urine avait filtré dans les tissus profondément contus, et qu'une partie de l'épanchement sanguin consécutif à la fracture avait suppuré. La nature grisâtre et grumeleuse du pus semble d'ailleurs confirmer cette hypothèse. Cet abcès était une complication sérieuse; heureusement il s'est bien détergé et on a combattu avec succès ce foyer d'infection au moyen des lavages antiseptiques largement et fréquemment pratiqués.

Quant au second abcès que nous constations au 17e jour après l'accident, c'était évidemment un abcès péri-uréthral; mais quelle en était la cause? Peut-être était-il dû à la présence de la sonde à demeure? Cependant, nous avions remarqué que jamais le malade n'avait accusé de signe d'uréthrite.

Aucun écoulement purulent ne se montrait autour de la sonde, celle-ci d'ailleurs était tenue rigoureusement propre et on faisait tous les jours à son intérieur des injections boriquées tièdes. Nous croyons plutôt que cet abcès péri-uréthral a eu pour cause

la contusion que nous avons remarquée le premier jour sur la face inférieure du pénis ; contusion qui se traduisait par une ecchymose longitudinale très marquée. Il est possible que dans ce point l'urèthre lui-même présentât une contusion interstitielle de sa paroi sans déchirure de la muqueuse. Il n'y avait en ce point aucun obstacle au passage de la sonde et il est possible que la pression légère de celle-ci sur les points contus ait pu déterminer la lésion suppurative des parois de l'urèthre et la formation de l'abcès.

Quand cet abcès fut ouvert, on pouvait apercevoir au fond une portion du canal largement ouverte par une lésion destructive dans une étendue de 2 centimètres environ ; la muqueuse de la face dorsale du canal, rosée, lisse, était intacte et formait une bande de 6 à 8 millimètres de largeur. Nous nous demandions avec perplexité comment se réparerait cette perte de substance et nous nous attendions à avoir une fistule consécutive difficilement curable. Les choses se sont arrangées mieux que nous ne l'espérions, puisque, quatre mois après, il n'existait au niveau de cette large perte de substance qu'un petit enfoncement fistuleux par où l'urine ne passait même pas à l'état habituel. Il fallait, pour en faire sortir quelques gouttes par la fistule, que le sujet, oblitérant son canal en avant, fît un effort soutenu. Nous lui recommandâmes de venir nous retrouver si cette fistule persistait. Il faut croire qu'elle s'est fermée spontanément, car nous n'avons point revu le blessé qui avait grand soin de sa personne et semblait redouter vivement une infirmité dans la suite.

(*A suivre.*) Dr Barette.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Le règlement des honoraires médicaux pour soins donnés aux parents est obligatoire pour les enfants comme la pension alimentaire.

Le tribunal civil de la Seine vient de prendre une décision favorable au corps médical. Il a décidé que les enfants devant de par la loi *les aliments* à leurs parents, ils doivent de ce fait payer les honoraires du médecin qui a soigné ces mêmes parents.

Voici en quoi consiste la décision prise :

« La dette alimentaire spécifiée par l'art 206 C. civ. ne comprend pas seulement la fourniture des aliments, mais aussi le logement, les vêtements, et nécessairement les soins à donner et les dépenses à faire en cas de maladie.

« En conséquence, le médecin a une action contre le débiteur de la dette alimentaire, pour soins donnés au créancier, alors surtout que le débiteur a assisté aux visites sans formuler d'objection et sans prévenir qu'il se refuserait à payer la dépense. »

Attendu que la dame R... prétend que, si le Dr Peyrot a soigné sa mère, la veuve C.., il est venu sans qu'elle l'ait demandé et qu'elle n'a, en aucune façon, contracté envers lui une obligation de lui payer ses visites :

Que la seule personne qui soit sa débitrice, c'est la veuve C..., et que, d'ailleurs, c'est à elle seule que, jusqu'au jour de la présente instance, le Dr Peyrot s'était adressé ;

Mais attendu que la dame R..., a reconnu que la veuve C.., s'étant cassé le col du fémur en novembre 1881 à la suite d'un accident de voiture, fut soignée d'abord par le Dr Lorey, le médecin de la famille, puis par le chirurgien Peyrot, que le Dr Lorey avait fait venir pour l'assister, à raison de la gravité de la fracture, du grand âge de la malade et de la compétence particulière du chirurgien ;

Attendu que la dame R... a également reconnu que sa mère, la veuve C..., n'avait pas de ressources, que c'était elle qui, d'habitude, la logeait, la nourrissait, que c'était elle et ses enfants qui subvenaient à son entretien, la défrayaient de tout, et même lui servaient une petite rente de 400 francs pour ses menues dépenses ;

Attendu qu'en présence de cette reconnaissance formelle de l'obligation alimentaire, qu'elle avait assumée au regard de sa mère et que la loi d'ailleurs, lui imposait, la demande du Dr Peyrot est bien fondée ;

Qu'en effet, la dette alimentaire spécifiée par l'article 209 du Code civil ne comprend pas seulement la fourniture des aliments, mais aussi le logement, les vêtements, et nécessairement les soins à donner et les dépenses à faire en cas de maladie ; que la dame R..., ne donnant rien à sa mère en dehors d'un peu d'argent de poche pour faire face à ses besoins, est donc tenue envers le médecin qui la soigne, comme elle le serait, par exemple, envers les fournisseurs d'aliments ;

Que, dans ces divers cas, les dépenses ont le même caractère d'urgence, et s'imposent à la conscience des enfants ;

Attendu que la seule question à examiner par le tribunal est celle de savoir si la somme réclamée par le Dr Peyrot n'est pas exagérée et est en rapport avec la situation de fortune de la dame R.., qu'il suffit, à cet égard, de considérer, d'une part, que la malade, âgée de près de 75 ans alors, a été complètement guérie d'une fracture du col du fémur, grâce à l'habileté bien connue du chirurgien.

Attendu que la présente solution s'impose d'autant plus que la dame R... a laissé le Dr Lorey, son médecin habituel, faire venir le Dr Peyrot, sans formuler aucune objection, sans le prévenir qu'elle se refuserait à payer la dépense ;

Qu'en outre, elle a assisté aux visites du Dr Peyrot, sans avertir davantage ce dernier qu'il prodiguait ses soins à une personne hors d'état de le payer ;

Qu'à moins donc de supposer chez cette dame le calcul, peu honorable, dans sa situation de fortune, de tromper les médecins, et d'abuser de leur science pour faire soigner sa mère sans avoir rien à débourser, on doit considérer qu'elle prenait alors envers eux l'engagement de les rémunérer ;

Par ces motifs :

Condamne la dame R.. à payer au Dr Peyrot la somme de 1,000 francs pour les causes sus-énoncées.

Tarif des honoraires des médecins des Hautes-Alpes.

Nous publions le tarif suivant des médecins d'un des départements les moins peuplés et les moins riches de France ; il pourra servir de modèle aux médecins des régions qui se trouvent dans des conditions analogues. On remarquera qu'il s'agit de déplacements rares et d'ordinaire à grandes distances, et que le service d'hiver, très pénible, réclame une rétribution élevée (1).

(1) Voir les notes du tableau à la colonne ci-après.

	3e CLASSE	2e CLASSE	1re CLAS.
	fr.	fr.	fr.
Visite simple, de jour, à la résidence du médecin, à l'heure choisie par lui....	1.50	2 à 3	4 à 5
Visite de nuit (de 9 heures du soir à 6 h. du matin).	5 »	8 »	10 »
Heure passée auprès du malade — de jour..	3 »	5 »	8 »
Heure passée auprès du malade — de nuit..		Prix double	
Jour entier................		25 »	
Nuit entière................		50 »	
Visite dans une localité où l'on se trouve rendu.....	3 »	5 »	8 »
Consultation — simple, au cabinet du médecin........	1.50 à 2	2 à 3	4 à 5
Consultation — écrite ou par lettre	2 »	3 à 4	6 à 8
Visites en consultation avec un confrère. — uuiques.	3 »	5 »	10 »
Visites en consultation avec un confrère. — répétées	2 »	3 à 4	6 à 8
Certificat — de nourrice	2 »		
Certificat — simple, administ.	(1) 3 »	(1) 5 »	(1) 7 »
Certificat — médico-légal	7 »	10 »	15 »
Déplacement (prix de la visite ou de l'opération non compris) par kilomètre parcouru pour se rendre auprès du malade sur les routes en plaine, facilement carrossabl. — de jour	(2) 1 »	(2) 1.50	(2) 2 »
Déplacement ... — de nuit		Prix double	
Travail d'hiver (en moyenne du 1er novembre au 1er mars)................		Un tiers en sus	
Assistance d'un confrère à une opération..............		Le tiers du prix alloué à l'opér.	
OPÉRATIONS — 1re catég. — Amputations des membres, hernie étranglée, taille, lithotritie......	(3) 150 »	(3) 300 »	(3) 500 »
OPÉRATIONS — 2e catég. — Accouchem. laborieux ou compliqué (version forceps, hémorrhagie); ablation d'une tumeur importante; ligatures ; cataracte, trachéotomie........	100 »	200 »	350 »
OPÉRATIONS — 3e catég. — Fractur. graves ou compliquées; luxations compliquées ; accouchem. simple ; thoracenthèse.	50 »	100 »	200 »
OPÉRATIONS — 4e catég. — Fract. simples ; luxations simples ; ablat. de pét. tum. amputation de doigts ; hydrocèle ; paracentèse réd. de hern.	25 »	50 »	100 »

	3e CLASSE	2e CLASSE	1re CLASSE
Petite chirurgie, suivant l'opération. — 1re catég.	3 »	5 «	8 »
— 2e »	6 »	8 »	10 »
— 3e »	10 »	15 »	20 »

(1) Doit être payé à l'avance.

(2) Ces prix pourront être augmentés et même doublés selon les difficultés des chemins.

(3) Les chiffres ci-contre sont destinés à servir de base pour la fixation des honoraires des médecins dans chaque cas particulier.

OBSERVATIONS GÉNÉRALES

1° Les malades sont divisés en trois classes suivant qu'ils sont peu fortunés, aisés ou riches.

2° Le tarif de la 3e classe sera appliqué aux membres des sociétés de secours mutuels ; aucun abonnement ne sera accepté.

3° Les médecins devront envoyer leur note à leurs clients à la fin de l'année ; ils se communiqueront les noms de ceux qui auront refusé de payer. Il est enjoint à tout médecin de refuser ses services à tout client ainsi signalé.

4° Dans certaines circonstances les honoraires pourront être élevés en raison des services rendus, des dangers courus par le médecin, etc. ; le plus ou moins de durée et de gravité des maladies seront aussi des éléments qui feront appliquer le maximum ou le minimum des prix indiqués.

5° En cas de contestation entre médecins et clients, les avis du Syndicat seront tenus à la disposition des parties qui pourront en prendre communication et copie.

Le Syndicat médical.

HYGIÈNE PUBLIQUE

Les eaux contaminées.

La séance du 28 décembre à la *Société de médecine publique et d'hygiène* a été en grande partie consacrée à une très intéressante discussion au sujet de la transmission de la fièvre typhoïde par l'eau.

Dans une séance précédente, M. *Bechman*, ingénieur en chef des eaux de Paris, était venu se plaindre à la Société, dont il fait partie, de l'alarme jetée dans le public par les médecins qui attribuent la fièvre typhoïde à l'usage de l'eau de Seine. Il avait apporté des statistiques qui paraissaient contredire cette opinion.

Plusieurs orateurs ont réfuté les objections de M. Bechman d'une façon absolument victorieuse. Ils ont dit qu'à Vienne, pourvue exclusivement depuis 6 ans d'eau de source pure, *la fièvre typhoïde n'existe plus*. Lorsqu'un cas apparaît dans les hôpitaux, les chefs de service invitent, par affiches spéciales, les étudiants à venir observer cette maladie disparue de la capitale, afin qu'ils puissent la connaître et la traiter, lorsqu'ils iront exercer en province.

Ce qui se passe à Vienne doit se passer à Paris. M. Bechman proteste de toute sa bonne volonté ; il déclare que la solution que les ingénieurs de Paris recherchent, à l'exemple de ceux de Vienne, est, en ce moment, hors de leur pouvoir ; que la ville a acheté en 1884 des sources pouvant fournir chaque jour 250,000 litres d'eau de source absolument pure en dehors de toutes les eaux amenées déjà à Paris ;

que les projets sont prêts pour l'exécution, mais qu'on attend en vain la déclaration d'utilité publique.

On lui répond, officiellement, que le *Métropolitain* doit passer avant l'approvisionnement de Paris en eau pure, qu'on y sèmera la fièvre typhoïde tant que les Chambres n'auront pas pris une décision.

M. *Brouardel*, qui a provoqué ces déclarations, rend hommage au talent, à l'activité et à la bonne volonté du corps des ingénieurs municipaux ; il prononce une allocution nourrie de faits et émaillée de traits d'humour.

M. *Bechman* sent trop bien la responsabilité qu'il encourt; il est effrayé de la singulière alternative qui lui incombe : distribuer l'eau de Seine et ses germes typhiques ou cholériques, tantôt dans un arrondissement, tantôt dans un autre ; empoisonner exclusivement quelques parties de Paris.

M. *Brouardel* comprend ses angoisses; il ne voit qu'une solution, c'est que M. Bechman et ses collègues se joignent au corps médical pour soulever un tel émoi dans la population que le *Métropolitain* veuille bien céder le pas à l'accès dans tout Paris d'une *quantité* d'eau suffisante pour ne pas obliger à semer la fièvre typhoïde aujourd'hui dans un quartier et demain dans le quartier voisin.

Ces foyers se répandent en province et c'est par Paris qu'il faut commencer la croisade contre les maladies transmissibles. H. C.

TRAVAUX ORIGINAUX

Sueurs profuses des pieds.

Il y a quelques années, j'ai publié une observation qui a eu l'honneur de la reproduction dans plusieurs journaux de médecine.

Elle avait trait à un cas de guérison de sueur profuse et fétide des pieds.

L'étiologie n'est guère facile à établir. Les sujets que j'ai traités n'avaient point apporté ce mal en naissant; chez l'un, les sueurs étaient apparues vers l'âge de trente ans environ.

Le second avait vécu 18 années sans en éprouver la moindre atteinte.

Voici son histoire :

Le nommé Goullieux, âgé de 26 ans, domestique de ferme, jusqu'alors bien portant, fut pris, il y a huit ans, de sueur immodérée des pieds. Aucune cause n'était intervenue pour déterminer cet état, qui en quelques jours prit de grandes proportions.

Les pieds sont bien établis; leur conformation est normale.

Bref, les moyens hygiéniques et les divers traitements appliqués restèrent sans effet. Cependant ils furent nombreux pendant toute cette période.

Le 4 août de cette année, je le trouvai dans la position suivante :

La peau des pieds est blanche, d'un blanc sale, fortement plissée comme si elle avait macéré dans l'eau. — Il s'en dégage une vapeur abondante et nauséabonde qui mouille le sol sur lequel ils reposent. Une ligne rougeâtre suivant la partie la plus supérieure des bords du pied semble établir une limite bien tranchée avec les tissus du cou-de-pied qui n'ont plus la même teinte.

La partie malade est le siège d'une grande sensibilité. — Son état s'est aggravé par les grandes chaleurs, et Goullieux éprouve d'intolérables douleurs dans la marche sur le sol desséché.

Il garnit ses souliers de paille fraîche, qu'il renouvelle cinq à six fois par jour, car à peine vingt minutes se sont écoulées, que sa chaussure est envahie par le liquide exsudé.

Enfin l'odeur qui s'en échappe est telle que ses maîtres ne peuvent plus le conserver ; la vie commune étant impossible.

Du reste, il n'accuse aucun autre malaise ; il a un appétit vorace et malgré l'activité de ses digestions il maigrit constamment.

Son moral est grandement frappé, car s'il souffre de la marche, ses souffrances sont bien plus violentes encore dans le lit où il s'y développe une chaleur telle que ses nuits sont sans sommeil.

Dernièrement, pour goûter un peu de repos, il a plongé les jambes dans deux seaux d'eau froide ; c'est dans cette position gardée jusqu'au matin qu'il a pu dormir. Il est hanté par des idées de suicide et il déclare hautement que sous peu il les accomplira.

En face d'accidents aussi violents, je prescris pendant deux jours l'emploi des bains de pieds froids avec l'eau de feuilles de noyer ; puis, le troisième jour, j'institue le traitement approprié :

Glycérine	10 grammes.
Perchlorure de fer liquide......	30 —
Essence de Bergamote........	20 gouttes.

Badigeonner les pieds, matin et soir, avec un pinceau trempé dans cette mixture. — Le bien-être qu'il en ressentit dès les premiers moments était tel qu'il ne pouvait y croire.

La transpiration locale disparut peu à peu et avec elle s'en alla cette odeur nauséabonde si caractéristique. A la chaleur âcre succéda une sensation de froid agréable. — Quinze jours après, le malade n'a plus que le souvenir de huit années de souffrance et il marche en ce moment avec tant de facilité, qu'il pourrait convoiter une place de facteur rural.

J'avouerai que j'avais crainte d'une métastase dont on parle beaucoup dans les auteurs ; aussi j'avais prescrit en boissons la pariétaire, et chaque jour il prenait un verre d'Eau purgative.

Je ne prétends pas que l'affection ne puisse récidiver, et cependant j'ai la ferme conviction qu'un simple badigeonnage pratiqué de temps à autre maintiendrait à la peau cette dureté, cette résistance qu'elle acquiert par ce traitement.

Il n'est pas nécessaire de chercher à expliquer le mode d'action du perchlorure, agissant en modérant l'activité des glandes sudoripares et en refoulant le liquide sanguin, donnant à ces tissus une trop grande vascularité.

En publiant ce second cas de guérison, mon but est d'être utile à tous ceux qui souffrent de cette affreuse et désolante affection. Je suis persuadé que ce traitement rendrait un très grand service, éviterait bien des souffrances à ceux qui doivent fournir certaines courses ; aux soldats, aux réservistes qui n'ont plus l'habitude des longues marches : aux chasseurs mêmes, qui si souvent, rentrent éclopés.

Mon but est aussi de réclamer la priorité de ce traitement qui n'a, que je sache, été mis en emploi jusqu'à ce jour par aucun de nos confrères.

Dr Legoux,
Médecin de l'Hôpital d'Albert.
(*Gazette médicale de Picardie.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

(Séance du 10 janvier 1887).

C'est M. Hérard qui est cette année président de l'Académie.

Deux *élections de correspondants étrangers* ont été faites ; les nouveaux élus sont M. *Magnus* de Stockholm, célèbre par ses travaux sur l'alcoolisme, et M. *Botkin* de (Saint-Pétersbourg), le plus illustre médecin russe, auquel un accueil si empressé a été fait récemment à Paris, notamment par M. Dujardin-Beaumetz à l'hôpital Cochin et par M. Charcot à la Salpêtrière. Le troisième candidat, qui n'attendra sans doute pas longtemps son tour, est un des médecins les plus distingués de Belgique, M. Van Lair (de Liège).

M. *Danion* a lu le compte rendu d'expériences ayant pour résultat de démontrer le *danger et l'utilité des grandes intensités galvano-caustiques chimiques*. Quand on atteint 200 à 250 milliampères, on provoque des congestions violentes et même des inflammations des organes.

M. Poncet a fait une communication sur les *lésions oculaires de la lèpre tuberculeuse*.

Du mal de mer.

M. *Ossian Bonnet*. — Les théories les plus diverses ont été proposées pour expliquer le mal de mer ; mouvement des viscères abdominaux, ébranlement du cerveau et du liquide céphalo-rachidien, excitations sensorielles, réaction des muscles abdominaux, respiratoires, des muscles de l'accommodation, etc., etc.

Malheureusement, toutes ces théories ne reposent que sur des suppositions et, en réalité, le mal de mer n'a pas de causes absolues et constantes.

On doit lui reconnaître pour cause le vertige, qui est la conséquence de la sensation de vide éprouvée au moment de la descente du navire ; l'embarras gastrique qui, pour des causes diverses, émotions, fatigues, excès, etc., éprouve beaucoup de passagers au moment de monter sur le navire, l'odeur spéciale au navire, le vertige oculaire dû à l'oscillation des objets placés sur le navire, l'impression du froid.

L'embarras gastrique jouant, à notre avis, un rôle prépondérant, le traitement préventif et curatif du mal de mer doit d'abord s'adresser à lui. Je conseille de prendre 2 ou 3 jours de suite, avant de s'embarquer, un léger purgatif salin. Si après l'embarquement, des vomissements bilieux surviennent, il faut revenir aux purgatifs et même donner un leger vomitif (Ipéca). Si on ne peut les faire accepter, on donnera après chaque vomissement un demi-verre de thé très léger ou d'une boisson aromatique.

On s'abstiendra d'aliments solides.

Lorsque l'estomac sera amélioré on pourra alors attaquer franchement le mal de mer lui-même et on l'attaquera par l'antipyrine. J'ai à ce propos 57 observations qui m'ont démontré d'une façon éclatante son efficacité.

Voici comment on l'administre :

1° Chez les sujets impressionnables qui sont en butte aux vertiges, 1 gr. 50 d'antipyrine sera suffisant.

2° Chez les personnes robustes, atteintes de vomissements violents, on emploiera 2 gr. d'antipyrine dès le début.

3° Si les accidents persistent au bout d'une demi-heure après, en donner une seconde et au besoin une troisième dose de 1 gramme.

4° Chez les malades qui vomissent, on fera immédiatement et successivement deux injections sous-cutanées contenant chacune 0 gr. 50 d'antipyrine.

Cette dernière méthode sera réservée uniquement aux cas précédents ou à ceux dans lesquels la gravité des accidents oblige à agir avec rapidité. L'injection sous-cutanée, en effet, est désagréable au malade et si le traitement est encore nécessaire, par la suite, on emploiera la voie stomacale.

M. *Le Roy de Méricourt*. — Je n'ai pas employé l'antipyrine contre le mal de mer, je n'en parlerai donc pas, mais mon expérience personnelle me permet de dire que je ne puis partager l'opinion de M. Ossian-Bonnet relativement à l'influence de l'embarras gastrique sur le développement de cette affection.

Je crois que la cause première du mal de mer nous est complètement inconnue et qu'elle le restera encore pendant longtemps.

Tout ce que l'on peut dire, c'est qu'il n'est aucun malaise qui soit comme le mal de mer soumis à autant de variabilité suivant l'individu et suivant les conditions spéciales dans lesquelles se trouve cet individu. Je suis personnellement un exemple frappant de cette variabilité.

Il me suffit de changer de bateau, il suffit même que l'allure de ce bateau se modifie, pour que je sois repris du mal de mer.

Il y a trois ans, je montais dans une petite barque qui devait me conduire au large sur une corvette.

La mer était démontée, la barque oscillait comme une coquille de noix, et je n'étais nullement incommodé ; je fumais tranquillement ma pipe, ce qui est la meilleure preuve que l'on n'a pas le mal de mer.

J'étais sur la corvette depuis dix minutes à peine lorsque je fus pris d'un violent mal de mer.

Je m'habituai à la corvette et fis voyage à son bord, mais un jour, ayant été invité à déjeuner à bord d'un autre navire, je fus pris d'un mal de mer abominable. Et chose curieuse, ce mal, très violent à l'arrière, dans la cabine du commandant, était à peu près nul sur le carré des officiers qui était un peu plus en avant.

Une autre fois, après trois ans de campagne, par tous les temps, comme bien vous supposez, je rentre à Paris. Quinze jours après, je vais au Hâvre et je monte sur un petit bateau. J'étais avec des Parisiens qui buvaient du champagne et n'étaient nullement incommodés. Quant à moi, j'étais malade et je vomis deux ou trois fois, ce qui me vexa profondément, inutile de vous le dire.

De même, bien des fois il m'est arrivé d'être indisposé, de vomir, en soignant mes malades dans le fond du bâtiment, alors que j'étais bien portant sur le pont.

En ce qui concerne l'antipyrine en elle-même, je crois qu'il faut se garder de généraliser. Il y a des individus qui ne la supportent pas aussi bien que d'autres.

Tout récemment, j'avais à soigner une enfant atteinte de chorée. Me souvenant de la communication que venait de nous faire M. Legroux sur le traitement de la chorée par l'antipyrine, je la prescrivis après avoir vu échouer les remèdes ordinaires. Les accidents ne tardèrent pas à augmenter sensiblement d'intensité ; les parents de l'enfant me déclarèrent que depuis l'emploi de ce médicament « l'enfant déchirait une robe par jour ».

M. *Javal*. — Je présente des aptitudes indivi-

duelles on ne peut plus manifestes à propos du mal de mer. Lorsque je suis sur le ponton d'attente des bateaux-mouches, il me suffit de voir arriver le bateau pour être immédiatement pris de nausées. Ces accidents, je les ai éprouvés à tout âge, puisque, à l'âge de 12 ans, époque où je fis pour la première fois un voyage en Angleterre, ils ne me quittèrent pas pendant toute la traversée. J'ai même considéré ce fait comme une preuve que le mal de mer n'était nullement le simple effet de l'imagination.

Or, depuis quelque temps, j'ai adopté l'usage du chloral pendant toutes mes traversées, et je dois dire que je m'en suis admirablement trouvé. Je prends 0,80 c. avant de partir, je renouvelle la dose pendant le voyage et je puis me promener sans inconvénient sur le pont du navire.

Il faut, pour que le médicament réussisse, qu'il soit absorbé, c'est-à-dire qu'il soit pris à un moment où il n'y a pas de vomissements. Lorsque, le matin, je ne prenais pas ma pastille de chloral quelque temps avant de me lever, il était bien rare qu'elle ne fût expulsée par un vomissement et dès lors il n'y avait plus d'action. Il est vrai que, dans ces cas, je n'avais qu'à prendre une boisson alcoolique, un élixir, pour rendre l'estomac plus tolérant, et dès lors les pastilles que j'avalais produisaient tout leur effet.

M. *Rochard.* — Je ne crois pas qu'il faille attribuer le mal de mer à un embarras gastrique. Ce mal est indépendant de l'état de l'estomac, mais je reconnais qu'un individu est d'autant moins impressionné par la mer qu'il est bien portant.

J'ai pris une fois le bateau après avoir eu les coliques sèches des pays chauds ; pendant 11 jours j'ai vomi et ensuite j'avais le mal de mer dès que le bateau faisait le moindre mouvement.

J'ai observé les mêmes phénomènes chez tous les passagers que j'ai rapatriés, et qui avaient eu la dyspepsie spéciale aux pays chauds. Je ne les ai pas observés avec la même fréquence sur les passagers que je voyais dans les mers du Nord.

De même, les femmes sont généralement plus impressionnées que les hommes. J'ai vu des malheureuses qui, pendant 30 jours de traversée, ne cessaient de vomir sans prendre aucune espèce de nourriture.

Je suis de l'avis de M. Ossian-Bonnet quand il compare le mal de mer à une sorte de vertige qui se produit surtout au moment de la descente du navire ; c'est la même chose qui se produit dans l'escarpolette. C'est même parce que ce mouvement *est plus* prononcé à l'avant dans les bateaux à voile, à l'arrière dans les bateaux à vapeur, que l'un ou l'autre de ces deux endroits est plus dangereux, suivant la nature du navire.

Je ne suis cependant pas de son avis, quand il attache aux vomissements une importance secondaire, je crois au contraire que les vomissements sont le plus souvent le phénomène primordial, essentiel du mal de mer.

Les meilleurs remèdes contre le mal de mer sont encore les alcooliques, le champagne et d'une manière générale toutes les boissons gazeuses, la glace. On s'est également bien trouvé d'applications de belladone sur le ventre. On sait que ce moyen est également utile contre les vomissements incoercibles de la grossesse. J'ai entendu dire que l'on s'est également bien trouvé d'injections d'ergotine, mais je n'ai pas d'expérience à ce sujet.

Certains individus se sont bien trouvés du chloral, comme M. Javal ; d'autres préfèrent le bromure de potassium. Il n'y a aucune raison pour que l'antipyrine ne soit pas dans les mêmes conditions.

M. *Ossian-Bonnet.* — Je n'ai pas dit que l'embarras gastrique était une cause déterminante du mal de mer ; il favorise seulement l'apparition de ce mal ; ce qui le prouve, c'est que certains passagers voient disparaître leur malaise dès qu'ils ont vomi un peu de bile.

Ce n'est d'ailleurs pas la seule cause adjuvante : on peut y ajouter l'odeur du navire, le froid, ainsi que j'ai pu le constater de la manière la plus nette sur un convoi d'émigrants.

Dans un moment de grosse mer, et par un temps froid, tous ceux qui étaient sur le pont étaient malades alors que ceux qui avaient pu se rapprocher de la machine n'avaient rien. A ces causes on peut en ajouter d'autres d'ordre psychique ou sensoriel ainsi que cela se produit dans tous les vertiges.

M. *Javal.* — Si les vomissements diminuent au bout de peu de temps, c'est par suite de l'accoutumance.

J'ai parlé du chloral ; je puis ajouter les procédés suivants qui ont également leur valeur :

Comme le mal de mer est en partie dû au vertige oculaire, on pourra remédier à ce vertige en maintenant constamment le regard dans la direction horizontale, ce qui nous empêche de perdre le sentiment de la position verticale à chaque mouvement du navire. En ce qui me concerne, j'arrive très vite à maintenir mes yeux dans cette position ; même en mangeant, je ne regarde pas mon assiette et je m'en trouve très bien.

Comme au vertige oculaire, vient s'ajouter la pression des viscères abdominaux, on peut, soit porter une ceinture, soit encore adopter un rythme respiratoire spécial. Comme c'est surtout pendant la descente du navire que les viscères viennent presser l'estomac, on profite de ce moment pour faire une inspiration qui tend à relever ces mêmes viscères et à diminuer la compression qui leur est due. Par contre, on fait un mouvement d'expiration au moment de la montée.

Peu à peu, on s'habitue instinctivement à ce rythme respiratoire, et peut-être est-ce parce que la montée et la descente varient suivant les navires que l'on peut voir des personnes qui, comme M. Le Roy de Méricourt, sont prises de mal de mer par ce seul fait qu'elles passent d'un navire dans un autre. Pour être à leur aise, il faut qu'elles s'habituent à un nouveau rythme respiratoire, et cela exige quelque temps.

M. *le Fort.* — Je crois que pour qu'un médicament réussisse contre le mal de mer, il faut surtout y avoir confiance. C'est parce qu'il a confiance dans le chloral que M. Javal s'en trouve si bien.

Le mal de mer, en effet, est surtout une affaire cérébrale, et la meilleure preuve, c'est que pendant les grandes tempêtes, lorsque l'on est en danger, personne n'est plus malade.

M. *Le Roy de Méricourt.* — C'est une erreur ; le mal de mer, lorsqu'il est poussé très loin, fait perdre toute espèce de sentiment. J'ai vu des femmes perdre le sentiment de la conservation, tout comme elles perdaient le sentiment de la pudeur et de la maternité.

BULLETIN DES SYNDICATS

ET DE

L'UNION DES SYNDICATS

DIRECTEUR : Dr BARAT-DULAURIER.

Syndicat des Vallées de l'Aisne et de la Vesle

6e *année* — 22e *séance*

19 octobre 1887.

Le 19 octobre 1887, les membres du syndicat se sont réunis à Fismes (hôtel Dubuisson).

Après un déjeuner confraternel, la séance a été ouverte à deux heures sous la présidence de M. Ancelet, président.

Etaient présents : MM. Cezilly, président d'honneur, Dulieu, Ancelet, Bracon, Lécuyer, Gaillart, Dupré, Faille, de Châteaubourg, Henrionnet.

Avant de commencer la séance, M. Lécuyer, secrétaire, expose que le confrère Godart (de Fismes), est toujours malade, mais que son état s'améliore ; il propose qu'une députation du syndicat lui porte ses meilleurs vœux de guérison. Adopté.

Le président prend la parole en ces termes :

Chers confrères,

Vous avez bien voulu réélire le bureau tout entier à l'unanimité de vos suffrages ; nous vous sommes profondément reconnaissants de cette marque de sympathique estime, et tous nos efforts tendront à la justifier.

Vous savez, d'ailleurs, nous faire la tâche facile et agréable par votre empressement continu à assister aux séances, par la cordialité qui y règne, l'intimité toujours croissante qui nous unit, le soin que vous apportez à l'étude des questions posées, l'extrême aménité des discussions, qu'aucune parole amère ne vient jamais troubler.

Malheureusement, chers confrères, il y a eu, cette année, de gros nuages dans ce ciel bleu.

Au mois de mars, nous conduisions à sa dernière demeure notre sympathique collègue Wimy, membre du bureau, un de nos premiers adhérents et des plus zélés, enlevé à notre affection, dans la force de l'âge, après une longue et cruelle maladie. Vous avez encore présent à l'esprit le vivant tableau qu'a tracé de cette existence bien remplie notre excellent secrétaire Lécuyer.

Depuis 6 mois, un autre membre du bureau, notre ami Godard est là, à deux pas de nous, cloué sur son lit de douleur par une maladie des plus pénibles qui le tient éloigné de sa clientèle et de nos réunions dont il était la gaîté. Cette affection qui, d'ailleurs, ne met pas ses jours en danger, semble entrer dans une voie favorable et nous espérons revoir bientôt notre cher collègue reprendre sa place parmi nous.

Ces deux faits nous ont vivement émus ; tous, nous avons participé de cœur à ces situations douloureuses ; notre solidarité s'est affirmée et nous avons porté à ces collègues si éprouvés, au moins quelques encouragements toujours accueillis avec reconnaissance.

Mais on ne vit pas seulement de bons procédés et de paroles consolantes. Il faut compter avec les réalités de la vie ; à ces tristes éventualités qui menacent chacun de nous, il faut, vous l'avez tous compris, opposer quelque chose de plus efficace.

Donc deux questions pressantes se posaient tout d'abord : l'assistance dans les cas d'incapacité temporaire de travail ; — les remplacements.

La première question, vous l'avez résolue après une discussion longue et attentive ; la caisse dont il est inutile de rappeler ici les statuts, la caisse, existe depuis le 1er octobre et sera en mesure de donner des indemnités à ses souscripteurs à partir du 1er avril prochain ; elle compte dès maintenant onze adhérents sur vingt membres du syndicat, et nous vous convions tous à en faire partie.

La question des remplacements est à l'ordre du jour dès à présent. Nous aurons à chercher les moyens d'organiser les remplacements provisoires faits par les confrères voisins au profit des confrères malades pendant la première période des 15 jours qui ne donne droit à aucune indemnité pécuniaire d'après le réglement adopté ; nous aurons à nous occuper des remplacements de plus longue durée.

A chaque jour suffit sa peine. Nous n'avons jusqu'ici en vue que l'incapacité *temporaire*. Ce n'est là évidemment qu'un 1er chapitre. La question de l'incapacité *permanente* reste à l'étude, sa solution viendra plus tard ; vous aurez pour la réaliser un exellent guide, notre ami, le Dr Bracou.

Chers confrères, nous avons aujourd'hui cette bonne fortune, de posséder au milieu de nous notre président d'honneur, le Dr Cézilly, l'initiateur persévérant de tant d'œuvres d'avenir, qui a bien voulu, par une exception flatteuse, s'arracher à ses absorbantes occupations pour encourager nos efforts. Nous lui en adressons tous nos remerciements bien sincères ; nous comptons faire largement appel à sa grande expérience dans toutes les questions professionnelles ; qu'il sache bien que nulle part il n'est mieux apprécié qu'ici, et nos vœux seront comblés s'il veut bien accepter la présidence d'honneur de notre caisse d'assistance. »

(Applaudissements.)

M. Cézilly remercie le Syndicat et son président des marques de sympathie dont on le comble ; il constate que le Syndicat d'Aisne-et-Vesle est un des plus travailleurs et il est venu faire connaissance avec ses membres, pour les encourager dans la voie de la mutualité et les féliciter de l'organisation de leur *caisse d'assistance* qui n'offre aucune espèce d'aléa et lui semble pratique. Il accepte avec plaisir la présidence d'honneur de la première caisse d'assistance fondée par des médecins français.

Comme le disait le président, il y a encore bien des choses à faire, et puisque l'on parle des remplacements médicaux, il trouve que la somme de 15 fr. par jour, avec la nourriture, et les frais de voyage payés, est considérable, surtout quand la maladie dure longtemps. M. Cézilly s'est abouché avec l'Association des étudiants et espère trouver, avec son aide, des remplaçants moins exigeants.

Il compte voir à la réunion de l'Union des Syndicats, MM Ancelet et Lécuyer, délégués, et en finissant il souhaite la continuation de la prospérité du Syndicat d'Aisne-et-Vesle dont il est fier d'être président d'honneur.

(Applaudissements.)

M. Lécuyer, secrétaire a la parole :

« Mes chers confrères, en entrant dans notre sixième année d'existence et après 21 séances bien remplies, il m'est bien agréable de constater la vitalité du Syndicat. Sa réussite prouve son utilité incontestable.

Cette année nous avons eu une démission, M.

Fromigier (de Festieux), et malheureusement une mort, celle de notre bon camarade Wimy.

Mais nous avons eu deux nouvelles recrues, MM. Joffroy (de Saint-Erme) et Galimant (de Chèvregny), qui nous avaient quitté pour faire partie du Syndicat Laonnois plus rapproché et qui nous reviennent après la dissolution de ce syndicat.

Le chiffre des membres du Syndicat est donc toujours de 20.

Cette année, mes chers confrères, voici le bilan de nos travaux :

1° Un vote de *ne jamais* donner aux compagnies d'assurances-vie, un certificat post-mortem, indiquant la maladie dont le client est mort.

2° Un vote de ne donner son concours à la justice que lorsqu'on ne pourra faire autrement et de la renvoyer à ses médecins assermentés. La magistrature a trop peu d'égards pour les médecins trop mal rétribués.

3° Dans le courant de cette année, différents articles des statuts, du règlement et du tarif ont été modifiés, le bureau nous demandera tout à l'heure de vouloir bien en faire avec lui la 3e lecture avant de les faire réimprimer.

Enfin, 4° Notre ancien président a proposé au Syndicat la fondation d'une caisse de secours pour les confrères malades ; après l'avoir étudiée et modifiée, le syndicat l'a adoptée et elle commence à fonctionner.

Nous devons savoir gré à notre ami Ancelet de sa généreuse idée qui, mise à exécution, rendra de plus en plus solidaires les membres du Syndicat.

(Applaudissements.)

Le Syndicat entame la discussion sur la révision du tarif et du règlement et en renvoie la suite à la séance de mars 1888.

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire perpétuel.

Docteur H. LÉCUYER (de Beaurieux, Aisne).

RENSEIGNEMENTS THÉRAPEUTIQUES

Posologie des médicaments actifs

d'après TROUSSEAU *et* PIDOUX.

MAXIMUM USAGE INTERNE POUR ADULTES.	POUR UNE PRISE	POUR 24 HEURES
Acétate de cuivre	0g10	0g40
Acétate de plomb	0.10	0.40
Acide arsénieux	0.005	0.01
Acide cyanhydrique médicinal	0.05	0.20
Acide oxalique	0.30	1.00
Acide phosphorique	1.00	5.00
Aconit, feuilles pulvérisées	0.25	1.00
Aconitine	0.001	0.003
Agaric blanc	0.05	0.25
Arséniates alcalins	0.005	0.02
Arséniate de fer	0.005	0.02
Arsénites	0.005	0.02
Atropine et ses sels	0.001	0 004
Belladone, feuilles pulvérisées	0.20	0.60
Belladone, racine pulvérisée	0.15	0.50
Brucine	0.01	0.03
Calomel	1.35	2.60
Camphre	0.20	1.00
Cantharides	0.06	0.25
Chloroforme	10 gtes	4.00
Ciguë, feuilles pulvérisées	0g30	2.00
Ciguë, semences pulvérisées	0.20	1.00
Codéine	0.04	0.15

Renseignements thérapeutiques (*Suite*).

MAXIMUM USAGE INTERNE POUR ADULTES	POUR UNE PRISE	POUR 24 HEURES
Coloquinte	0.10	0.50
Conicine ou Cicutine	0.0005	0.002
Cyanure de potassium	0.01	0.04
Digitaline amorphe	0.002	0.008
Digitaline cristallisée	0,0005	0.002
Digitale, feuilles pulvérisées	0.30	1.00
Digitale, feuilles en infusion	1.50	» »
Eau distillée de laurier-cerise	4.00	20.00
Ellébore blanc, racine pulvérisée	0.30	1.20
Ellébore noir, racine pulvérisée	0,30	1.20
Extrait alcoolique d'aconit	0.05	0.20
Extrait alcoolique de belladone	0.05	0.20
Extrait alcoolique de cantharides	0.02	0.06
Extrait alcoolique de colchique	0.10	0.40
Extrait alcoolique de coloquinte	0,05	0.40
Extrait alcoolique de noix vomique	0.06	0.25
Extrait aqueux d'aconit	0.20	0.80
Extrait aqueux de belladone	0.12	0.36
Extrait aqueux de ciguë	0.20	1.20
Extrait aqueux de digitale	0.26	0.80
Extrait aqueux de jusquiame	0.20	1.00
Extrait aqueux de nicotiane	0.15	0.60
Extrait aqueux d'opium	0.10	0.40
Extrait aqueux de seigle ergoté	0.20	0.40
Extrait aqueux de stramonium	0.10	0.40
Fèves de Saint-Ignace, pulvérisées	0.10	0.50
Gouttes amères de Baumé	2 gtes	10 gtes
Gouttes noires anglaises	2 gtes	10 gtes
Huile de croton	1 gte	4 gtes
Deuto-Iodure de mercure	0g03	0g10
Proto-Iodure de mercure	0.06	0.40
Iodoforme	0.10	0.40
Ipécacuanha pulvérisée	2.00	4.00
Jalap pulvérisé	2.00	4.00
Jalap résine	0.40	0.80
Jusquiame, feuilles pulvérisées	0.30	2.00
Jusquiame, semences pulvérisées	0.25	1.00
Laudanum de Rousseau	0.25	2.00
Laudanum de Sydenham	0 60	4.00
Liqueur de Fowler	0 25	0.50
Liqueur de Pearson	0.50	5.00
Morphine et ses sels	0.03	0.09
Nitrate d'argent	0.05	0.20
Noix vomiques, pulvérisées	0.12	0.50
Opium brut, pulvérisé	0.12	0.40
Oxalate de potasse	0.50	1.50
Phosphore	0.015	0.05
Poudre de Dower	1.35	4.00
Santonine	0.10	0.40
Scammonée	1.00	2.50
Seigle ergoté	0.65	2.60
Stramonium, feuilles	0.25	1.00
Strychnine et ses sels	0.001	0.02
Sulfate de cuivre	0.10	0.40
Sulfate de zinc	0.10	0.40
Tartre stibié	0.25	1.00
Teinture d'aconit	1.00	4.00
Teinture d'anémone pulsatille	1.00	4.00
Teinture de belladone	0.50	1.60
Teinture de cantharides	0.65	2.60
Teinture de ciguë	1.00	4.00
Teinture de colchique, semences	1.00	4.00
Teinture de coloquinte	1.00	4.00
Teinture de digitale	1,00	4.00
Teinture d'iode	0.30	1.20
Teinture de noix vomique	0.60	2.00
Teinture d'extrait d'opium	0.50	1.50
Teinture de stramonium	0.65	2.00
Teinture de vératrine	0.005	0.03

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX frères, place St-André

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE :

LA SEMAINE MÉDICALE

L'acide lactique dans le traitement des diarrhées chroniques de l'adulte et dans celui de la diarrhée verte microbienne des nouveau-nés. (1).

M. *Hayem* traite avec succès, comme on sait, par l'acide lactique, certaines diarrhées vertes des enfants du premier âge, diarrhées dont son interne M. Lesage a démontré la nature microbienne. Dans ses précédentes communications sur ce sujet, il a indiqué des doses trop faibles. La solution à 2 pour 100 qu'il emploie ne doit pas être administrée seulement à la dose de 3 à 6 cuillerées à café ; il faut aller jusqu'à 10 et 20 cuillerées à café, en en donnant une toutes les demi-heures en dehors des tétées.

M. Hayem signale en outre des succès qu'il a obtenus dans le traitement de certaines diarrhées chroniques rebelles des adultes par l'acide lactique; il a donné alors 2 à 3 cuillerées à bouche, soit 0,75 à 1 gr. d'acide lactique par jour, dose faible en somme, puisque Cantani donne aux diabétiques 4 et 5 grammes de cet acide. Il était naturel de penser que l'acide lactique agissait contre la diarrhée verte comme antiseptique en contrariant le développement des bacilles dans l'intestin, comme il le fait dans les cultures. Cependant le bichlorure de mercure qui arrête aussi les cultures du bacille pathogène ne guérit pas la diarrhée verte. Peut-être l'acide lactique exerce-t-il une stimulation favorable sur la digestion.

M. *Sevestre* a adopté, comme M. Hayem, des doses plus élevées d'acide lactique, il fait donner aux enfants une cuillerée à café toutes les cinq ou dix minutes jusqu'à ce que la diarrhée soit arrêtée. Il s'agit bien entendu de la diarrhée verte microbienne dans laquelle les selles sont neutres ou alcalines. Car la diarrhée verte par hypersécrétion biliaire, dans laquelle les garde-robes sont acides, guérit par de hautes doses de bicarbonate de soude, en moyenne 1 gr. 25 par kilog. d'enfant, soit 4 à 5 gr. par jour pour des enfants de 3 kilos ; ce qui n'empêche pas les garde-robes de rester acides.

M. *Hayem* ne redoute pas l'emploi du bicarbonate de soude à haute dose pour la nutrition ; il a vu à la Salpêtrière des femmes atteintes de rhumatisme chronique, auxquelles MM. Charcot et Vulpian donnaient 20 à 40 gr. de bicarbonate de soude par jour continuer à engraisser. Il est vrai que tout le sel n'était pas absorbé, on en retrouvait dans les garde-robes.

(1) Société des hôpitaux, 13 janvier.

Pathogénie du mal de Bright envisagé comme une néphrite par intoxication chronique (1).

M. E. *Gaucher* rappelle que, d'après les notions classiques, les néphrites chroniques épithéliales, englobées sous la dénomination commune de *gros rein blanc* (mal de Bright parenchymateux), reconnaissent, suivant les cas, une pathogénie bien différente. Certaines de ces néphrites ont probablement pour cause un reliquat de maladie infectieuse antérieure ; d'autres paraissent liées à l'influence du froid et aux troubles des fonctions cutanées consécutives au refroidissement ; d'autres enfin sont d'origine toxique ; mais, à part la néphrite saturnine, qui est une néphrite interstitielle de nature spéciale, les poisons minéraux donnent lieu le plus souvent à une néphrite aiguë.

(1). Société des hôpitaux.

Or, M. Gaucher pense que le mal de *Bright* épithélial, le *gros rein blanc*, reconnaît aussi le plus souvent une origine toxique. Il a en vue le mal de Bright en quelque sorte primitif, qui se développe sourdement, insidieusement, sans qu'il soit possible de lui trouver une étiologie bien déterminée. Mais ici le poison, au lieu de venir du dehors, est produit dans l'organisme lui-même.

Ce poison, de nature complexe, se compose des diverses matières extractives qui résultent de l'oxydation incomplète des matières azotées. Les expériences instituées par M. Gaucher prouvent, en effet, l'action nocide de ces matières toxiques sur le rein.

En introduisant, par injection sous-cutanée, dans l'organisme d'un cobaye pendant un certain nombre de jours, une quantité croissante de créatine ou de leucine ou de tyrosine, en solution aqueuse, on arrive à rendre l'animal albuminurique, finalement à le faire mourir, et, à l'autopsie, on trouve une néphrite épithéliale de même nature que le rein blanc.

L'accumulation des matières extractives dans le sang peut donc, par l'élimination de ces matières à travers le rein, irriter les épithéliums sécréteurs et donner naissance à une néphrite parenchymateuse.

Toutes ces matières extractives, à l'état normal, existent en très petite quantité dans la circulation; mais leur production augmente dans beaucoup d'états pathologiques.

En première ligne, les maladies du foie entravent la transformation de la matière azotée, et dans les affections du parenchyme hépatique, la formation des matières extractives augmente, dans des proportions plus ou moins notables, en même temps que diminue la quantité d'urée excrétée. C'est vraisemblablement à cette accumulation des déchets de la désassimilation azotée dans le sang, qu'il faut attribuer la fréquence de l'albuminurie dans la cirrhose du foie. Il est une autre maladie dans laquelle le parenchyme hépatique est encore plus profondément lésé, c'est l'ictère grave. Or, la néphrite de l'ictère grave est une néphrite épithéliale qui, à part l'imprégnation biliaire, présente tous les caractères du gros rein blanc; et l'on sait précisément que, dans l'ictère grave, la production des matières extractives est surabondante et que le chiffre d'excrétion de l'urée s'abaisse plus que dans toute autre maladie.

La production exagérée des matières extractives n'est pas limitée aux affections du foie. Dans toutes les maladies chroniques, il existe des troubles de nutrition qui doivent entraver la combustion complète des matériaux azotés ! D'après la preuve expérimentale de l'action nocive des matières extractives sur le rein, on est porté à admettre que l'oxydation incomplète des déchets de la désassimilation est la cause principale des néphrites qu'on observe si fréquemment dans le cours des maladies chroniques.

L'influence des matières extractives sur le rein est encore plus étendue ; elle peut s'exercer également à l'état de santé. On sait en effet que tous les aliments quaternaires renferment de ces substances azotées incomplètement oxydées, que le bouillon notamment, le bouillon concentré surtout, les extraits de viande et les poudres de viande en renferment une proportion considérable. Dès lors, l'introduction de ces aliments, riches en matières extractives, peut être très nuisible, particulièrement pour le rein. Elle l'est surtout dans les cas où le rein ne fonctionne pas bien et où l'élimination de ces substances toxiques se trouve entravée.

Donc, introduction excessive ou production exagérée de matières extractives dans l'organisme, ou, même avec une production normale, élimination insuffisante; telles sont, suivant M. Gaucher, les conditions pathogéniques ordinaires du gros rein blanc.

L'introduction exagérée ou la production excessive de matières extractives suffisent à elles seules pour produire le mal de Bright épithélial ; mais, si une néphrite chronique existe déjà, du fait d'une autre cause antérieure, le défaut d'élimination des matières extractives aggravera la lésion rénale. C'est probablement à l'irritation produite sur le filtre rénal par ces matières extractives, dont l'élimination se trouve entravée, qu'il faut attribuer les complications éphithéliales de la néphrite interstitielle et la production de ce qu'on a appelé la néphrite mixte.

De ces données expérimentales résultent aussi des enseignements thérapeutiques importants. C'est d'abord le danger du bouillon de viande dans les néphrites; pour les brightiques, le bouillon est une solution de poison. C'est également, dans toutes les maladies et même chez les individus sains, le danger des extraits de viande, des bouillons concentrés, des poudres de viande qui, en dehors des sels minéraux toxiques, principalement les sels de potasse, renferment de plus des poisons organiques et précisément toutes les matières excrémentitielles, dont les expériences de M. Gaucher montrent l'action nocive.

Dans les maladies chroniques, il y a des troubles de nutrition constants, dans les fièvres également; la transformation de la matière s'opère incomplètement; il y a production anormale de matières extractives. Si, par l'alimentation, on ajoute encore de ces substances toxiques à celles qui existent déjà dans l'économie, on crée un double danger, danger d'autant plus grand que la lésion du rein est une nouvelle cause d'accumulation par défaut d'élimination.

L'adénopathie sus-claviculaire dans les cancers abdominaux.

M. André Petit a communiqué à la Société des hôpitaux une observation d'adénopathie sus-claviculaire dans le cancer de l'utérus. M. Troisier, dans un rapport sur ce sujet, a rappelé des observations de MM. Raymond, Hutinel et de lui-même où on a vu des ganglions du cou atteints de dégénérescence secondaire dans des cas de cancer de l'utérus, de l'ovaire et de l'estomac.

Il estime que tous ces faits permettent de formu-

ler la proposition suivante: tout cancer de la cavité abdominale peut se propager à distance aux ganglions sus-claviculaires.

Il n'est pas besoin d'insister pour montrer l'importance clinique de cette altération ganglionnaire à distance; aussi ne devra-t-on jamais négliger d'en faire la recherche lorsqu'on songera à faire l'extirpation de l'un des cancers susdits. Cette remarque est d'autant plus importante que cette adénopathie n'est pas toujours un symptôme tardif. Elle peut précéder l'état cachectique et la généralisation, c'est-à-dire apparaître à un moment où il semble que l'opération est indiquée.

Comment expliquer cette adénopathie ? Dans quelques cas, comme cela a eu lieu pour les malades de MM. Hutinel et Raymond, les ganglions prévertébraux étant atteints, on peut supposer que la propagation s'est faite de proche en proche. L'adénopathie sus-claviculaire représente le dernier ganglion d'une chaîne qui s'étend de la partie primitivement atteinte à la partie inférieure du cou. Dans d'autres cas, on pourra incriminer la formation d'un noyau secondaire dans le poumon.

Mais cette explication ne saurait s'appliquer aux cas dans lesquels l'adénopathie sus-claviculaire était isolée, ainsi par exemple que M. Troisier a pu le constater, avec la plus grande netteté, sur une malade atteinte de kyste de l'ovaire et sur une autre malade atteinte de cancer stomacal.

Peut-être pourrait-on trouver l'explication du phénomène dans les rapports anatomiques qui unissent les ganglions cervicaux inférieurs avec la terminaison du canal thoracique.

Celui-ci, avant de se jeter dans la veine sous-clavière, décrit, comme on le sait, une sorte de crosse à concavité supérieure. C'est au niveau de cette crosse que s'abouchent les troncs lymphatiques très courts qui viennent des ganglions sus-claviculaires.

Si des cellules cancéreuses sont déversées dans le canal thoracique, peut-être pourraient-elles passer dans les ganglions sus-claviculaires en traversant les petits conduits dont je viens de parler. La chose serait d'autant plus facile que ces petits conduits, comme tous les lymphatiques de la tête et du cou, ne possèdent pas de valvules, et que, si en temps ordinaire le cours de la lymphe paraît être un obstacle au passage des cellules cancéreuses dans la cavité des *ganglions*, il peut se produire à un moment donné (pendant la respiration ou l'effort), au niveau du confluent des liquides sanguin et lymphatique, soit une stase, soit même un reflux qui repousse les cellules vers les ganglions.

Peut-être est-il possible encore d'expliquer ce mouvement rétrograde par les mouvements amiboïdes dont seraient douées les cellules cancéreuses.

Il n'est, d'ailleurs, pas aussi exceptionnel que l'on peut le croire de voir des ganglions envahis par le cancer dans un sens contraire au cours de la lymphe. C'est ce qui a lieu, lors de la propagation d'un cancer de l'estomac ou du foie aux ganglions lombaires ou iliaques.

MÉDECINE PRATIQUE

Simulation de maladies par les enfants.

Beaucoup de poètes et quelques moralistes parlent de la candeur de l'enfant. Les médecins auraient tort d'y croire d'une façon absolue. Cet âge ingénu fournit bon nombre de simulateurs capables de nous créer des embarras extrêmes. Un certain nombre de travaux ont été publiés sur les maladies simulées par les enfants. Outre des faits épars dans les livres de pathologie infantile (J. Simon, West, Henoch), il faut citer, parmi les monographies les plus dignes d'être lues, les mémoires français de Bourdin (1) et de Fournet (2), une communication de M. Motet à l'Académie sur les faux témoignages chez les enfants ; et les mémoires étrangers de Abelin et Malmsten en Suède, Wittmann et Eröss à Buda-Pesth.

Récemment M. L. Dufestel, interne provisoire des hôpitaux, externe distingué de la Clinique des maladies des enfants, vient de résumer et de classer ces travaux, en y joignant plusieurs importantes observations inédites pour en faire le sujet de sa thèse inaugurale (3).

I

La simulation est fréquente chez les enfants, le fait est certain. Il n'y a pas de service d'hôpital où on n'en puisse constater chaque année quelques cas. Ce sont surtout les grandes agglomérations d'enfants, écoles, pensionnats, maisons de détention qui en fournissent le plus d'exemples. La contagion de l'imitation, la contagion nerveuse est indéniable. Les maladies simulées sont plus fréquentes à la ville que parmi les petits paysans ; le genre d'éducation, l'intelligence plus éveillée, l'état nerveux plus développé chez les petits citadins les prédisposent sans doute à simuler.

La simulation est deux fois plus fréquente chez les filles que chez les garçons. On pouvait le prévoir à priori, et les statistiques le montrent.

La simulation n'a pas été observée avant l'âge de 4 ans ; c'est de 11 à 15 ans qu'on l'a rencontrée le plus souvent.

Pourquoi un enfant simule-t-il une maladie ? Souvent dans un but bien déterminé et par suite d'un raisonnement très logique : pour se faire dispenser d'une obligation désagréable, telle que celle d'aller en classe, ou de travaux pénibles, ou bien pour obtenir de se faire envoyer dans un endroit où il a envie d'aller, quelquefois pour se venger d'une personne à laquelle il peut faire attribuer la responsabilité de la maladie qu'il simule.

Mais d'autres enfants aussi simulent sans raison bien claire, ils mentent pour mentir, par une sorte d'impulsion.

Enfin on peut encore demander pourquoi ceux qui simulent, même pour une raison facile à comprendre, le font plutôt que d'autres enfants qui pourraient aussi bien avoir envie de se soustraire aux mêmes obligations désagréables. Le nombre des enfants qui n'aiment pas aller à l'école, ou qui

(1) Les enfants menteurs : *Ann. de la Soc. méd. psychol.* 1883.

(2) L'éducation est une génération psychique : *Ann. de la Soc. méd. psychol.* 1883.

(3) Des maladies simulées chez les enfants. Paris 1888.

sont rebutés par des travaux fatigants est grand, et cependant parmi eux ne se rencontrent qu'un petit nombre de simulateurs. Pourquoi ceux-ci et pas les autres ? Là est le problème, dont la solution dépend des circonstances variables et complexes d'hérédité, de condition sociale et d'éducation.

Les deux catégories extrêmes d'enfants simulateurs sont, d'une part, le simulateur vulgaire, celui qui veut se faire donner un jouet ou ne pas aller à l'école, et, d'autre part, celui qui trompe pour le plaisir de tromper, comme par une fatalité psychique. Mais entre ces deux extrêmes se trouve un groupe important où les causes sont complexes.

James Paget disait : « J'ai vu des simulateurs chez lesquels je ne pouvais trouver d'autre perversion que la simulation actuelle de quelque maladie. Mais, chez la grande majorité, il y a des manifestations antérieures ou présentes d'une constitution nerveuse bien caractérisée et qui peuvent servir pour le diagnostic. Quelques-uns ont été ou sont actuellement hystériques, mais vous trouverez de la simulation nerveuse chez beaucoup qui n'ont jamais été hystériques. »

M. Dufestel divise les jeunes simulateurs en trois catégories. — La première se compose d'enfants dont tous les organes sont sains. Ceux-ci ne simulent en général que des choses insignifiantes et avec un but bien défini.

La seconde, la plus nombreuse, comprend les enfants qui simulent des choses plus compliquées et qui y sont poussés soit par leur instinct, soit par leur éducation première ; ces enfants sont mal équilibrés au point de vue mental. Ils ont le plus souvent une hérédité nerveuse plus ou moins pesante.

Dans la troisième catégorie se placent les simulateurs hystériques.

La première catégorie n'offre pas beaucoup d'intérêt. Tous les médecins des écoles et des lycées voient venir à l'infirmerie des enfants qui se plaignent de maux de tête pour éviter une leçon ennuyeuse ou de quelque douleur pour ne pas aller à une promenade. Le plus souvent la simulation est malhabile ; il n'y a pas besoin d'être médecin même pour déceler la ruse ; la simulation est d'ailleurs passagère et cesse aussitôt que le but désiré est atteint.

La seconde catégorie est autrement importante. La simulation a été quelquefois si habile, que deux et trois médecins ne l'ont pas reconnue. « Ces erreurs sont explicables, dit M. Eröss ; ce n'est qu'avec répugnance que nous arrivons à reconnaître que l'enfant, qu'un proverbe allemand nomme le *malade le plus sincère*, est capable d'apprendre les symptômes de n'importe quelle maladie, et de les reproduire, et surtout qu'il puisse avoir assez de persévérance pour persister longtemps dans cette hypocrisie. »

Si répugnant que cela soit, cela est, ne l'oublions pas. Les simulateurs de cette catégorie, que M. Dufestel nomme *simulateurs névropathiques simples*, parce qu'on ne trouve pas chez eux de stigmates hystériques, sont pourtant dans un état mental particulier, anormal. Ils ont certainement un but pour simuler; mais, pour atteindre ce but, ils songent à des moyens qui ne viendraient pas à l'esprit des autres et qui réclament une attention, une peine, une persévérance dans l'astuce vraiment surprenantes. Dans un cas du Dr Eröss, une fillette, pour se dérober à des travaux qui l'ennuient, simule des attaques épileptiques dont elle a été témoin quelques jours auparavant.

« Le but avoué est très net, dit à ce propos M. Dufestel, l'étiologie n'est pas douteuse, il n'y a aucune raison pour admettre l'hystérie et malgré cela on est forcé de se demander si l'état mental de cette enfant est normal ; une fille de cet âge, saine d'esprit, n'irait pas penser à imiter un épileptique, cela lui paraîtrait monstrueux. Il y a donc là un état cérébral particulier. » Rien de plus juste que cette réflexion.

L'état mental en question découle de deux facteurs : l'hérédité et l'éducation.

Tous ou presque tous les enfants de cette catégorie ont une *hérédité neuro-pathologique*, on relève chez les ascendants depuis les grandes névroses, l'hystérie, l'épilepsie, et l'aliénation mentale jusqu'à de simples bizarreries du caractère, ou des maladies organiques du système nerveux : paralysie générale, ataxie ; on trouve parmi les collatéraux des sourds-muets, des pieds-bots, des strabiques ou des bègues. Bref, ils appartiennent à ce que l'école de la Salpêtrière nous a appris à connaître sous le nom de *famille névropathique*.

L'*éducation* est sans doute aussi un facteur de la simulation. Mais il est assez difficile d'apprécier dans quelle mesure. La faiblesse extrême de certains parents, la sollicitude inquiète avec laquelle ils guettent le moindre indice de malaise chez leurs enfants et la condescendance avec laquelle ils cèdent à tous leurs caprices, peuvent contribuer à donner aux enfants l'envie d'abuser de cette condescendance et d'alarmer à tort cette sollicitude. Il est douteux cependant qu'une mauvaise éducation suffise à créer un simulateur, s'il n'y a pas chez l'enfant une incorrection congénitale du sens moral et de l'intelligence.

Dans l'éducation, l'influence de la famille n'est pas seule en cause ; certaines habitudes sociales sont fâcheuses. Notre maître Legrand du Saulle incriminait avec raison, nous semble-t-il, l'influence nuisible que peut exercer dans les villes l'habitude de conduire les enfants très jeunes à d'émouvantes représentations dramatiques, et de les laisser trop prématurément se repaître de publications fertiles en récits pittoresques et en événements tragiques, où l'invraisemblance coudoie sans cesse l'immoralité. Or, si l'imitation contagieuse existe, et personne ne saurait en douter, à propos d'une foule d'actes ordinaires de la vie, à plus forte raison doit-on l'admettre dans les cas où les facultés intellectuelles, morales ou affectives sont en jeu. »

Les simulateurs de la troisième catégorie sont des *simulateurs hystériques*. Ici on a affaire à un simulateur presque impulsif, chez lequel le mensonge est élevé à la hauteur de la vérité (Bourdin), qui ment pour le plaisir de mentir, chez qui le motif le plus futile éveillera le besoin instinctif de simuler, la simulation étant une particularité bien connue du caractère des hystériques.

M. Peugniez, auteur d'une bonne thèse sur l'Hystérie chez les enfants, inspirée par une longue fréquentation de la Salpêtrière, dit avec justesse : « La tendance au mensonge est très marquée chez les jeunes hystériques : ils racontent des histoires qu'ils ont forgées de toutes pièces, et cela dans le seul but de les raconter; ils mentent, pour ainsi dire, pour l'amour de l'art. Toujours aussi leurs récits sont exagérés, préparés pour exciter l'attention de ceux qui les écoutent. Quelquefois cependant leur mensonge a un but, celui de se rendre intéressants en exagérant leurs souffrances vraies ou imaginaires.

Il est naturel, en vertu de cette tendance, que les

hystériques simulent surtout des maladies, rien ne pouvant les rendre plus intéressants que d'être crus malades. Ils sont assurés alors d'être entourés par leurs parents des soins les plus attentifs et les plus tendres, il faut aussi compter pour quelque chose le plaisir qu'éprouvent ces êtres malicieux à mystifier le médecin.

Chez les simulateurs de cet ordre, il existe souvent des stigmates somatiques de l'hystérie, qui seront d'un précieux secours pour le diagnostic : troubles de la sensibilité de la peau et des muqueuses, dyschromatopsie, rétrécissement du champ visuel, zones hystérogènes, diathèse de contractures, etc. Dans les cas mêmes où ces stigmates font défaut, la simulation sans raison grave suffit à donner la signature de l'hystérie ; car, comme le disait Lasègue : « N'est pas simulateur qui veut, le seul fait de simuler sans motif plausible est un acte pathologique. »

M. Dufestel cite comme échantillon de maladies simulées par de jeunes hystériques, un cas de *tic non douloureux de la face* simulé par une petite Russe de bonne famille, que nous avons vue en 1881 dans le service de M. Charcot, pendant notre internat à la Salpêtrière. Après avoir trompé les médecins de Saint-Pétersbourg, elle avait été conduite à Vienne, puis à Paris, où M. Charcot dévoila la simulation. — Telle est aussi cette petite hystérique, fille d'hystérique et d'alcoolique, qui simulait chez Legrand du Saulle des *vertiges épileptiques*.

A côté des causes prédisposantes à la simulation, comme l'hérédité névropathique et une mauvaise éducation, il y a lieu d'envisager les causes déterminantes du genre de maladie simulé et les causes occasionnelles qui provoquent la simulation.

Tel enfant simulera par *gourmandise* pour se faire donner des chatteries qu'il aime, tel autre par *paresse* pour se faire dispenser de la classe, pour ne pas être placé en apprentissage.

Il est assez fréquent de voir la simulation se manifester après une maladie aiguë, *pour prolonger la convalescence* et les petits soins qui entourent l'enfant sortant d'une grave maladie. On a cité une simulation de *crises d'aboiement* après une fièvre typhoïde.

J'ai vu récemment une petite fille qui avait simulé une *hypéresthésie généralisée* pour se faire envoyer à l'hôpital où sa sœur, que nous avions soignée dans le service pendant quelque temps, lui avait dit qu'on était très bien. Cette fillette simulait d'ailleurs, depuis un an qu'elle avait eu la fièvre typhoïde, des maux aussi variés que fugaces, ayant remarqué que sa mère en était sans cesse alarmée et la gâtait d'autant plus.

Abelin (de Stockholm) cite le cas d'une petite fille de famille riche qui simula des *accès tétaniformes*, et fut dépistée par le médecin. Elle avoua qu'elle avait agi ainsi parce que, s'étant appropriée des objets appartenant à d'autres personnes, elle avait pensé s'assurer une plus grande indulgence au cas où son vol serait découvert, si on pensait qu'elle avait agi inconsciemment.

L'idée de la simulation et la forme qu'elle revêt sont quelquefois suggérées à un enfant par une autre personne agissant volontairement ou sans le savoir.

Une mère apprend à sa fille à simuler une *amaurose* pour se venger d'une institutrice qui avait frappé l'enfant (Eröss).

J'ai vu une petite fille, ayant entendu sa mère, veuve d'un mari alcoolique, faire souvent allusion à des accès épileptiformes que cet homme avait eus, se mit à simuler des *attaques de petit mal épileptique* (convulsions des globes oculaires, battements rhythmiques des paupières et petites secousses des bras). Son but était de ne pas aller à l'école, et la mère, obsédée par le souvenir de la maladie de son mari, ne doutait pas de la réalité de celle de son enfant. Quand nous eûmes dévoilé la supercherie, la fillette prit si bien les choses qu'elle avait à volonté ses attaques et sur commande, quand on lui promettait quelques sous pour en rendre témoins les visiteurs.

II

Il nous reste à passer en revue rapidement les maladies qui ont été simulées par des enfants d'après les observations publiées jusqu'à ce jour. Dufestel les classe dans son travail en quatre groupes :

I. — Simulation de PHÉNOMÈNES SENSITIFS ; la *douleur* sous toutes ses formes, mais surtout des *douleurs de tête* avec *photophobie* dans un cas de M. Jules Simon, au point de faire craindre le début d'une méningite, diverses névralgies, intercostales, temporale.

II. — Simulation de TROUBLES MOTEURS :

Ici trois catégories :

1° Simulation de maladies à *type épileptiforme*. (Epilepsie avec surdité ou mutisme, accès tétaniformes, spasmes toniques et convulsifs, perte de connaissance, catalepsie, toux convulsive et coqueluchoïde, hoquet, aboiements).

2° Simulation de maladies à *type choréique* : la chorée, les tics, les tremblements, etc.

3° Simulation de maladies à *type paralytique*: paraplégie, hémiplégie, difformités, claudication, coxalgie.

III. — Simulation de TROUBLES INTELLECTUELS ; folie, hallucinations.

IV. — Simulation de TROUBLES FONCTIONNELS SENSORIELS OU VISCÉRAUX.

1° *De la vue* : amaurose, diplopie, strabisme, ophthalmie, nystagmus ;

2° *De l'ouïe*, corps étranger de l'oreille, surdité ;

3° *Du larynx et de la parole* : aphonie, mutisme, bégayement ;

4° Des *voies urinaires* : calculs urinaires (enfants qui s'arrangent pour qu'on trouve dans leurs urines des petits cailloux, du sable), incontinence d'urine.

5° Des *voies digestives* : vomissements alimentaires ou même hématémèse, incontinence des matières fécales ;

6° De la *peau* : chromhydrose, dermatoses simulées (érythème, urticaires, zona, pemphigus).

Le DIAGNOSTIC des maladies simulées est parfois d'une extrême difficulté ; on le ferait sans doute plus souvent, si l'on était toujours en défiance. Dans certains milieux l'attention du médecin est sans cesse en éveil. Comme les médecins des conseils de revision, ceux des écoles, des lycées et des hôpitaux sont habitués à faire entrer la simulation en ligne de compte dans les diagnostics embarrassants. Les médecins qui ne pratiquent que dans la clientèle urbaine sont plus exposés à être trompés à un moment donné. C'est pour eux surtout que la lecture des faits que nous citons sera utile. Il y a des cas où la simulation est si parfaite que plusieurs médecins expérimentés ne peuvent se mettre d'accord sur la réalité de la maladie, et où on est obligé d'attendre du temps la confirmation des soupçons qu'on a pu concevoir sur la simulation.

Les principaux points de repaire pour dépister la simulation sont les suivants :

1° Se défier, comme le disait Lasègue, d'un malade

enfant, ou grande personne, qui répète à tous ceux qui l'interrogent le même récit, toujours dans les mêmes termes, avec la même précision de détails. « Un malade ordinaire modifie son récit selon les impressions du moment, selon les derniers phénomènes observés, selon les dernières douleurs ressenties : un simulateur récite sa leçon apprise par cœur toujours de la même façon. » (Dufestel).

2° Se défier quand l'exagération des douleurs ressenties contraste par trop avec l'état des signes physiques que l'on constate.

Étant admise la simulation, peut-on faire le diagnostic entre un simulateur vulgaire, un simulateur simplement névropathe ou un hystérique vrai?

On reconnaît assez facilement le premier, on distingue moins aisément les deux derniers l'un de l'autre. Cependant on doit se rappeler que l'hystérique simule plus souvent sans but, seulement pour se rendre intéressant ou mystifier le médecin; le simulateur, même névropathe, a toujours un but déterminé, quelquefois difficile à découvrir, mais un but pratique et intéressé.

La longue durée de la simulation est aussi en faveur de l'hystérie; enfin la recherche des stigmates somatiques de l'hystérie et des commémoratifs sera *toujours* d'un secours indispensable.

Le médecin, quand il est convaincu de la simulation, doit toujours faire ses efforts pour en obtenir *l'aveu : deux* modes opposés sont en présence, entre lesquels on a le droit de choisir suivant les cas : ou bien l'intimidation sous forme de menaces, de soufflet donné à propos, vésicatoires, pointes de feu, médicaments désagréables, etc. — Ou bien douceur, promesse de pardon; ce dernier mode, nous le pensons comme M. Dufestel, réussira plus souvent. « Le médecin dit-il, doit gagner l'amitié de l'enfant, devenir son ami, presque son confident. »

Par-dessus tout, pour les cas difficiles, isoler l'enfant de son entourage habituel est indispensable.

Le Pronostic est toujours inquiétant quand il s'agit d'un enfant névropathe ou hystérique, on est en droit de craindre le renouvellement d'autres simulations, le développement d'autres troubles nerveux, d'accidents hystériques plus graves.

On a vu même des enfants ne pouvoir se débarrasser *ultérieurement* le troubles fonctionnels qu'ils avaient commencé par simuler (strabisme, spasmes musculaires).

Au point de vue du traitement on ne saurait trop méditer les conseils suivants par lesquels M. Dufestel termine son intéressant mémoire :

« Lorsque le médecin est persuadé de la simulation, il doit le plus souvent commencer par convaincre les parents, et ce n'est pas là une tâche commode. C'est alors qu'il faut, comme le disait Lasègue, d'abord *soigner l'entourage*. Les parents convaincus de la maladie réelle de leur enfant, accusent le médecin d'ignorance. » Il y a peu de temps, à la clinique des Enfants malades, la mère d'une petite fille à qui on avait expliqué que son enfant simulait, éclatait en invectives furieuses contre le chef et ses élèves. Aussi, convient-il de suivre la recommandation suivante de M. le professeur Grancher : « Il ne faut pas annoncer brutalement aux parents la simulation : il faut faire en sorte que le mensonge leur devienne évident, il faut les amener à ce qu'ils le découvrent pour ainsi dire eux-mêmes. Lorsque les parents sont persuadés de la simulation, la guérison se fait rarement attendre longtemps. »

P. Le Gendre.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Caisse de pensions du corps médical belge.

En septembre dernier, la Caisse de Pensions tenait son assemblée générale. A cette occasion, M. le Dr Schœnfeld, président d'honneur en sa qualité de président du Conseil d'administration, en ouvrant la séance, et en déposant le mandat qu'il tient depuis 12 ans, a prononcé un excellent discours, dans lequel il a fait ressortir les progrès de cette institution, sa notoriété acquise à l'étranger, ses améliorations désirables et surtout les moyens d'acquérir un jour la capacité et la reconnaissance légale. Nous extrayons de cette allocution autorisée, les quelques passages suivants :

« Certes, la création et le maintien de notre Caisse de Pensions, dans sa forme actuelle, a été un vrai succès. Mais notre ambition ne doit pas se borner à maintenir ce que nous avons édifié; il faut progresser, fortifier les bases de l'édifice, élargir notre cercle d'action, augmenter notre patrimoine, rallier les indécis et les indifférents . . . Le courant des libéralités s'est ralenti. La plupart des membres riches et influents des professions médicales se tiennent encore à distance. L'évidence des faits les ramènera plus tard à une meilleure appréciation de nos efforts, pour doter le Corps Médical d'une institution tutélaire permanente; et la masse des praticiens finira par se rallier à la Caisse de Pensions, en présence des difficultés croissantes de la pratique médico-pharmaceutique.

« Comme d'autres professions, la médecine a ses avantages et ses côtés pénibles. Parmi les derniers figurent l'encombrement et la concurrence effrénée; l'esprit d'individualisation qui ne se rencontre peut-être nulle part autant que parmi les médecins; l'industrialisme qui prédomine visiblement dans les grands centres. En présence de l'indifférence des pouvoirs publics qui s'explique par les divisions du Corps Médical et par la tendance manifeste vers la liberté des professions libérales, il incombe aux intéressés eux-mêmes de prévenir les conséquences fâcheuses de ces multiples inconvénients, et de parer aux dangers par la mutualité et par l'asssociation, qui substitue la force du groupement à la faiblesse de l'isolement.

« La vieillesse du médecin et le sort de sa famille sont plus mal assurés que dans d'autres carrières, à cause d'une mortalité plus gran le, de l'instabilité croissante de la clientèle et de l'irrégularité des ressources; à cause du mauvais vouloir du public et de la faible protection que les lois et la jurisprudence accordent à nos revendications les plus légitimes. Il est indéniable qu'aujourd'hui une faible minorité seulement des praticiens arrive à la fortune, du chef de leur gain professionnel.

« La plupart végètent et un certain nombre tombent dans l'indigence. Le dénûment est digne de pitié à tous les degrés de l'échelle sociale; mais l'affliction a plus d'intensité, quand l'aisance a précédé la pauvreté, qu'il y a l'habitude de bien-être et des besoins de position. Alors la souffrance grandit en raison même de l'élévation sociale antérieure. Dans les professions libérales, le vieillard pauvre et usé ne trouve même pas la camaraderie de l'ouvrier malheureux : sa déchéance même le fait repousser. Comme il doit ressentir, avec une amère dérision, cette parole de l'Evangile : *omnes vos fratres esto !*

» L'intervention intelligente de la prévoyance peut empêcher cette sombre perspective et sauver les invalides du travail intellectuel de l'amertume de la dégradation sénile. Avec les ressources restreintes dont nous disposons actuellement, nous ne pouvons pas fournir l'aisance ; mais nous assurons le pain quotidien à ceux qui sont exposés à manquer de tout. Vingt-cinq mille francs de rentes assurées, jointes aux cotisations des jeunes, constituent des pensions viagères aux membres d'un certain âge, lesquels, à leur tour, lèguent en héritage les capitaux versés à ceux qui doivent leur survivre. La perspective de ces ressources qui s'accumulent lentement, mais à l'abri de toutes les éventualités, ne rassure pas seulement à l'heure du besoin ; l'absence de l'inquiétude poignante du lendemain donne à l'âge mûr le calme de la sécurité, facilite le travail et permet d'achever en paix une existence tourmentée. Puisque « le hasard a première hypothèque sur cette existence » (Legrand du Saulle), il faut éliminer ce hasard et neutraliser les mauvaises chances. La prudence vulgaire commande cette précaution sans qu'il faille invoquer le devoir d'honneur qui incombe à tout chef de famille, à tout fils ayant charge d'ascendants.

« Il est presque impossible à un citoyen de modeste position de faire fructifier utilement ses petites épargnes, c'est-à-dire d'être son propre assureur. L'achat de rentes pour tel âge ne fournit aucune ressource à l'assuré, atteint d'infirmités précoces ; tandis que notre Caisse de Pensions assure contre les détériorations incurables. Elle cumule, comme l'a si bien dit le Dr Lande, l'assurance contre le malheur avec l'assurance sur la vie, et la dernière sous la forme mixte, la plus favorable.

Puis, l'assurance sur la vie coûte cher, lorsqu'on veut acheter une sécurité absolue. Elle se trouve seulement à la portée du praticien qui gagne beaucoup d'argent ; tandis que le praticien maladif, dont les ressources tarissent, ne saurait continuer ses versements. Exposé à la déchéance, il se trouvera forcé d'engager sa police ou de réduire le montant de son assurance.

« Pour grossir nos pensions — de véritables dividendes — nous comptions sur des libéralités. Elles ne nous ont pas manqué ; mais jusqu'à présent elles n'ont pas eu l'importance que nous espérions ; elles se sont même raréfiées depuis quelque temps. Loin de moi la pensée d'en faire un reproche à nos généreux bienfaiteurs, dont la plupart occupent une position modeste. Mes regrets s'adressent aux praticiens riches et bien posés, qui, à l'instar des sommités françaises, devraient tous briguer l'honneur d'être membres effectifs ou honoraires de notre Association et de siéger dans nos Conseils. Avec une minime partie de leur superflu, ils apporteraient un courant de générosité et de bons sentiments ; leur appui moral, si utile comme exemple ; leur influence bienfaisante au point de vue de la reconnaissance légale. L'abondance des opulents devrait suppléer aux besoins des nécessiteux ; car Fortune et Noblesse obligent. La charité ainsi faite, ce supplément de la prévoyance, n'humilie personne : elle s'adresse, non pas aux dépourvus eux-mêmes, mais à l'institution qui a fourni l'organisation, le but précis et le meilleur mode d'application. L'avenir réserve peut-être à nos successeurs l'agréable surprise d'une collaboration, venant des régions supérieures, et réputées plus sereines, des professions médicales.

» A ceux qui ne croient pas aux misères, patentes et cachées, de notre profession, parce que leur existence est heureuse et qu'ils évitent des constatations pénibles, nous conseillons de prendre connaissance des confidences douloureuses que reçoivent les dignitaires des Caisses de Pensions et de Secours.

« Sur ce terrain, on se laisse entraîner à des redites ; mais je crois de mon devoir de Président, prenant congé de vous, d'insister sur les causes de notre ralentissement momentané : il importe que tout le monde s'en rende un compte exact.

« Elles seront passagères, si tous les amis de l'institution — tous les adhérents, et surtout tous les bénéficiaires doivent l'être — se remettent à faire de la propagande avec un zèle nouveau et moins intermittent. C'est la *constance* de nos efforts qui laisse à désirer. Tous, nous devrions être munis de bulletins de souscription, pour pouvoir saisir les moments propices de bonheur ou de deuil. Un grand succès comme une grande affliction prédispose aux élans de confraternité : mariage, naissance, décès, distinctions scientifiques et politiques, tout peut devenir l'occasion d'entraînements charitables. Nous comptons spécialement sur le dévouement soutenu des dignitaires, et parmi ceux-ci je vise surtout les membres du Conseil d'administration, éparpillés dans les provinces : qu'ils veuillent bien payer de leur personne et utiliser leur influence, leur persuasion et leur autorité au profit de notre œuvre.

« M. le Dr Schoenfeld a rappelé que dans le courant de l'hiver dernier, M. le Dr Waucomont, des environs de Verviers, a bien voulu donner, dans cette ville, une conférence sur l'historique et sur l'avenir de la Caisse de Pensions. Il y a là un exemple à suivre ; car plusieurs affiliations ont succédé à cet acte de dévouement intelligent, pour lequel on doit des remerciments à notre honoré confrère ».

—

Le côté le plus important, en ce qui concerne la Caisse de Pensions, c'est sa gestion et l'état de ses ressources. On en jugera par le rapport suivant de M. le Dr Émile Martin, Président du Comité-Directeur :

« Messieurs,

« J'ai l'honneur de vous présenter le rapport du Comité-Directeur sur sa gestion, pendant l'exercice 1886-1887, et sur la situation de la Caisse de Pensions du Corps médical belge.

» En clôturant l'exercice dernier, le nombre des membres s'élevait à 495. Depuis cette époque, nous avons eu à enregistrer 21 décès, dont 12 médecins, 8 pharmaciens et 1 vétérinaire ; plus une démission et le départ pour les Indes d'un autre membre, dont les cotisations sont en retard depuis plus de deux ans et sur la radiation duquel le Comité aura à se prononcer, dans sa première réunion.

» C'est donc un total de 23 membres disparaissant de nos listes.

» Ces 21 décès ont laissé à la charge de la Caisse 13 pensions de droits : 1° à 3 veuves, sans enfants mineurs ; 2° à 6 veuves ayant ensemble 14 enfants mineurs ; 3° le transfert des pensions de 3 participants à leurs veuves sans enfants ; 4° le transfert à une veuve avec enfants mineurs.

» Le Comité a transféré à une enfant mineure la pension de sa mère remariée et décédée dans l'année ce qui réduit cette pension de 10 à 3 parts.

» Nos acquisitions, pour l'exercice, se composent de 21 affiliations, dont 13 médecins, 7 pharmaciens, 1 médecin vétérinaire.

» Ce nombre, absolument identique à celui de

l'an dernier, ne doit pas faire croire à l'impossibilité de le majorer.

» Le Comité-Directeur a la conscience de n'avoir négligé aucun moyen de rallier de nouveaux membres, mais il est convaincu que ces efforts seraient plus efficaces, s'ils étaient appuyés par la généralité des affiliés, lesquels devraient se pénétrer de l'obligation où ils se trouvent de faire une propagande incessante.

» Cet effort commun s'impose d'autant plus que nos acquisitions suffisent à peine à réparer nos pertes, qui ont été désastreuses cette année et s'élèvent à près de 4 p. 100. Ce chiffre, presque incroyable, serait l'argument le plus topique en faveur de la Caisse de Pensions, si la nécessité devait encore en être démontrée.

« Deux veuves sans enfants mineurs sont décédées, ce qui va nous exonérer 20 parts pour l'exercice prochain.

« Le nombre actuel de nos pensionnés est de 135, représentant 1,357 parts ; il était l'an dernier de 121, représentant 1,271 parts 1/2. La somme à affecter aux pensions est, cette année, de francs 57,333-25, dépassant de fr. 4,733-32 celle de 1885-86.

« La part, qui à cette dernière date était de fr. 41-36, s'élève cette année, à fr. 42-25. Ce qui porte la pension entière à 507 francs, supérieure de fr. 10-68 à la précédente (496-32).

Nos pensions se classent comme suit :

« 1° 66 participants ; 2° 66 veuves ou orphelins ; 3° 3 héritiers.

« Si le nombre de nos décès a dépassé considérablement la moyenne habituelle (21 au lieu de 13 l'an dernier), nous avons eu aussi, cette année, un nombre inaccoutumé de pensions par droit d'âge (10 au lieu de 5 en 1886) et vous constaterez avec satisfaction que, malgré les charges exceptionnelles, le taux de la pension s'est sensiblement relevé. C'est que l'action des extinctions de pensions, dont il n'avait pas été tenu un compte suffisant, commence à faire sentir son influence compensatrice. C'est ainsi que nous pouvons déjà prévoir, dès aujourd'hui, l'extinction de 53 parts pour 1887-88.

« Depuis la création de la Caisse, nos pertes consistent en 151 décès, 45 démissions, 25 radiations pour non-payement, auxquelles il faut ajouter 17 pensionnés, dont 13, n'exerçant plus, sont exonérés de leurs cotisations, et 4 infirmes, qui jouissent de la même immunité. Total 238 membres ou 32-60 p. 100 des inscriptions, qui sont de 729.

« Parmi nos 135 pensions, il s'en trouve 6 de facultatives, représentant 72 parts.

« Celles-ci ne sont accordées qu'après une enquête minutieuse du Comité-Directeur et ratification du Conseil d'administration. Elles sont revisables chaque année et susceptibles de réduction ou de suppression, dès que viennent à disparaître les circonstances qui en justifiaient l'octroi.

« Accordées en vertu de l'article 26 des statuts, elles sont un témoignage de l'esprit de solidarité qui forme la base de notre institution ; aussi les bénéficiaires en usent-ils avec la plus loyale discrétion, et nous en avons vu y renoncer spontanément, dès que cela leur fut permis, et manifester leur reconnaissance par un don à la caisse, qui leur était venue en aide dans l'adversité.

« Le bilan de l'exercice dressé par le Comité, contrôlé et approuvé par le Conseil d'administration, établit l'avoir social à la somme de fr. 648,407-78, qu'il faudrait majorer d'environ 55,000 fr. pour lui donner sa valeur réelle, toutes nos obligations n'y étant cotées qu'au pair, alors qu'elles le dépassent notablement.

« Les cotisations de l'année se décomposent ainsi : 1° 375 à 100 francs, soit 37,500 francs ; 2° 130 à 50 francs ou 6,590 francs. Total 44,000 francs.

» L'intérêt de nos valeurs placées s'est élevé à fr. 28,054-61. A ces ressources ordinaires sont venues se joindre les sommes dues à la générosité des donateurs.

Dans le cours de cette année, la Caisse de Secours est intervenue en faveur de 2 veuves, de 2 médecins et de 2 médecins vétérinaires étrangers à la Caisse de Pensions, pour une somme totale de 440 francs. Une avance a été faite à un médecin pour le paiement de sa cotisation à la Caisse de Pensions. Cette avance est remboursable au 15 novembre prochain.

Le capital de la Caisse de Secours s'augmente chaque année et arrivera, à un moment donné, à constituer une somme assez importante pour atteindre bien des situations intéressantes. Nous avons la confiance que chacun en appréciera les services et la recommandera à la générosité de tous les affiliés. »

Docteur-médecin. — Louage de services pour une exploitation commerciale. — Contestation. — Compétence.

Le tribunal de commerce de la Seine, dans son audience du 25 novembre 1887, a rendu un jugement duquel il ressort qu'un médecin qui, traitant avec un commerçant inventeur d'un produit, s'obligeant à faire des conférences, à écrire des brochures, à rédiger des annonces-réclames et à faire des tournées, le tout en vue d'assurer la vente des produits en exploitation, et moyennant des appointements annuels, des frais de voyages et une part dans les bénéfices, sort de l'exercice ordinaire de sa profession et doit être assimilé à un employé ou à un voyageur de commerce. Il devient, à ce titre, justiciable des Tribunaux consulaires pour les contestations pouvant s'élever entre lui et son patron.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Verneuil lit un travail dont voici les conclusions :

1° Le furoncle et l'anthrax ne sont que des degrés d'une même maladie infectieuse et sont justiciables des mêmes moyens thérapeutiques.

2° Ceux-ci consistent en actes chirurgicaux et en applications topiques. Les premiers semblaient autrefois indispensables ou pour le moins applicables à la majorité des cas. Les seconds, efficaces tout au plus dans les cas légers, ne jouaient dans le traitement qu'un rôle adjuvant et fort secondaire.

3° C'est l'inverse qui doit être accepté aujourd'hui ; l'intervention opératoire devient de moins en moins nécessaire et sera réservée pour des cas tout-à-fait exceptionnels. Au contraire, les topiques antiseptiques, au premier rang desquels il faut placer, les solutions phéniquées et boriquées, employées d'une certaine manière et en particulier sous forme de pulvérisations prolongées et réitérées, jouissent d'une efficacité remarquable en même temps qu'elles sont

d'une bénignité absolue et d'un maniement des plus simples.

4° Les pulvérisations font, à bien peu d'exceptions près, avorter rapidement le furoncle et les petits anthrax ; elles arrêtent la marche du mal dans les cas plus graves; elles font cesser d'ordinaire très vite les douleurs, la fièvre et les accidents généraux, désinfectent les foyers purulents et gangréneux, hâtent leur détersion et favorisent la formation d'une belle couche de bourgeons charnus.

5° Elles sont applicables dans toutes les régions, à toutes les formes, et à toutes les périodes du mal. Elles ne sont jamais nuisibles et à elles seules amènent la guérison dans la grande majorité des cas. Elles aideraient puissamment d'ailleurs au succès des moyens chirurgicaux, au cas où ceux-ci deviendraient nécessaires.

6° Enfin, elles tendent à prévenir les auto-inoculations intérieures et les phénomènes d'infection générale.

M. G. Sée a lu sur le diagnostic des affections de l'estomac par la recherche de l'acide chlorhydrique du suc gastrique un travail que nous analyserons dans le prochain numéro.

BULLETIN DES SYNDICATS
ET DE
L'UNION DES SYNDICATS

DIRECTEUR : Dr BARAT-DULAURIER

Syndicat médical des Basses-Cévennes.

Séance du 12 Novembre 1887.

A cette date, dans la salle de mairie de Saint-Hippolyte-du-Fort, arrondissement du Vigan (Gard), se sont réunis sous la présidence de M. le Dr Mazel (d'Anduze), les membres du syndicat dont les noms suivent : MM. Bourras (de Pompignan), Maquet (de Ganges), Teissonnière (de St-Hippolyte-du-Fort), Perrier (de Valleraugue), Bourguet (de Sommières), Rocheblave (de Quissac), Cambassédès (du Vigan).

Sept membres sont absents : Galtier (de Ganges), Jacob (de Sauve), Boutes (de Saint-Bauzély), Quatrefages (de St-Laurent-le-Minier), Beau (de Sumène), Delettre (de Sauve), retenus par la maladie ou par leurs occupations professionnelles.

Lettre de M. le Dr Carrière.

M. le Secrétaire demande à ce qu'il soit répondu à cette lettre adressée depuis un an et sur laquelle on a oublié de statuer en novembre 1886, la réunion de mai n'ayant pas été tenue. — M. le Dr Carrière s'excusait de ne pouvoir assister aux réunions en raison de son éloignement, donnait sa démission et demandait le titre de membre honoraire. L'assemblée de novembre 1886 a créé cette catégorie de membres et fixé à douze francs leur cotisation annuelle. — M. le Secrétaire est invité à répondre dans le sens du vote de la dernière réunion générale.

Scrutin pour trois demandes d'admission.

Le scrutin est ouvert pour l'admission de trois nouveaux membres : MM. Bent-Kowski fils (de St-Jean du Gard), Claron (du Vigan), Tarou (d'Anduze). — Ces confrères sont admis à l'unanimité.

Allocution de M. le Président.

Messieurs et Cher Confrères,

Avant de quitter le fauteuil, permettez-moi de vous remercier encore une fois de l'honneur que vous m'avez fait, en m'appelant à vous présider.

Il me reste un devoir pénible à remplir, auquel vous vous associerez tous, j'en suis convaincu; c'est de rendre un hommage affectueux à la mémoire du Dr Blanc et à celle du Dr Cornier, enlevés l'un et l'autre à la fleur de l'âge et à l'entrée de leur carrière. Et comme si ce n'était pas assez de deux victimes, voilà que la mort vient encore de frapper dans nos rangs et cette fois c'est un de nos doyens que nous avons perdu. Déposons le tribut de nos respectueux regrets sur la tombe à peine fermée de notre excellent et vénérable confrère le Dr Angeau dont la verte vieillesse lui a permis de tomber au champ d'honneur.

Cette année, messieurs, a été une année funeste pour notre syndicat : la mort a frappé des coups redoublés au milieu de nous et plusieurs ont été visités par la maladie. J'adresse en votre nom nos meilleures et plus cordiales félicitations à ceux qui, après avoir été atteints, ont été épargnés et que nous avons le plaisir de retrouver ici. Je regrette que notre vice-président n'ait pu se rendre à notre réunion pour prendre sa part de nos félicitations et je vous propose de lui transmettre, avec nos vœux de prompte guérison, l'assurance de notre profonde sympathie.

Mais si nous avons subi des pertes douloureuses, nous ne pouvons pas oublier que nous avons fait de précieuses adjonctions. Je revendique comme un heureux privilège de mes fonctions le droit de souhaiter la bienvenue à nos jeunes confrères. Chaque génération a une tâche particulière à remplir. Vos aînés ont jeté les fondements du syndicat ; à vous est réservé l'honneur de le développer et de couronner l'édifice.

Si je ne craignais d'abuser de vos instants, je serais désireux de vous soumettre quelques courtes réflexions sur la marche de notre syndicat, les services qu'il nous a rendus et ceux qu'il est appelé à nous rendre encore.

Messieurs, il est des vérités pénibles à constater, mais qu'il faut savoir reconnaître, parce qu'on ne gagne rien à les cacher. La marche stationnaire du syndicat des Basses-Cévennes est une de celles-là. Je m'explique, au risque de ne pas rencontrer votre approbation à laquelle j'attache pourtant le plus grand prix. Il me semble que nous avons perdu un peu de notre zèle primitif et de notre ancienne cohésion.

A quelles causes attribuer un pareil résultat ? Elles sont peut-être multiples, mais deux surtout me paraissent évidentes. — La première : nous remontons déjà à sept ans, « grande ævi spatium » et l'enthousiasme se refroidit vite. — La seconde, plus importante et plus délicate aussi à signaler, ce sont quelques ferments de discorde qui se sont glissés au milieu de nous et que nous n'avons pas eu l'énergie d'étouffer. Mais ce que nous n'avons pas fait, il est encore temps de le faire, et chacun de nous n'a, pour y réussir, qu'à s'inspirer des principes de déontologie proclamés par nos statuts. Je

tiens à éviter toute personnalité blessante, mais je regarde comme un devoir de vous adresser à tous un rappel au règlement.

J'ai hâte d'aborder la question moins ingrate des services rendus ou à rendre dans l'avenir par notre Syndicat.

Notre Syndicat, je ne crains pas de l'affirmer, nous a rendu des services à tous tant que nous sommes. Je conviens volontiers qu'il n'a pas été également utile à chacun de nous ; ceux qui sont isolés ou qui habitent une région dans laquelle une partie seulement du corps médical nous appartient, n'en ont retiré que de plus faibles avantages. Chacun de nous ne peut témoigner en faveur du Syndicat comme nos confrères de Ganges qui tous ont été des ouvriers de la première heure ; mais néanmoins je reprends ma première affirmation, et je répète que tous nous avons retiré quelque avantage direct ou indirect de l'association syndicale.

Vous connaissez l'impertinent aphorisme: « invidia medicorun pessima », la formation d'un syndicat de médecins n'est elle pas une protestation éloquente contre sa vérité ? Ces rivalités entre médecins, vous n'ignorez pas combien elles ont été exploitées contre nous ; nous avons mis fin, au moins dans une certaine mesure, à cette exploitation ; nous nous sommes senti les coudes réciproquement, passez-moi cette locution familière. Dès lors, chacun de nous s'est trouvé plus fort et sans rompre avec cette tradition honorable de dévouement qui est comme l'apanage de notre profession, chacun a un peu plus de hardiesse pour revendiquer ses droits légitimes et faire apprécier un peu mieux ses services.

La concurrence est une conséquence naturelle de la lutte pour l'existence. Elle ne saurait être supprimée. Mais l'association en est l'heureux correctif; elle a le précieux privilège d'en émousser les trop vives arêtes ; elle la modère et la corrige en s'opposant à ce qu'elle tourne contre tous, ce qui arrive infailliblement lorsqu'elle s'opère dans les bas prix.

Restons donc unis, si vous m'en croyez ; l'union sera tout à la fois la sauvegarde de notre dignité et de nos intérêts.

Voilà pour le présent ; les services à venir seront plus importants, si nous savons vouloir. La persévérance est indispensable pour toutes les revendications et celles du corps médical ne font pas exception.

Avec la persévérance, le nombre est un des éléments principaux du succès. Nous ne sommes qu'une poignée ; si nous étions le corps médical du département tout entier, notre voix porterait plus loin et aurait plus d'écho ; nos délibérations et nos vœux ne viendraient pas expirer impuissants au seuil d'une préfecture « imbelle telum et sine ictû ». — Je fais des vœux pour la formation d'un Syndicat ou d'une Association, le nom importe peu, embrassant tous les médecins du Gard.

En attendant, Messieurs, le jour de cette union féconde, ne nous décourageons pas, renouvelons nos requêtes et nos doléances, et selon une formule célèbre ; Aidons-nous et le ciel nous aidera. »

Cette allocution est accueillie par d'unanimes applaudissements ; il est décidé qu'elle sera conservée aux archives et envoyée pour être publiée au *Concours médical*, organe officiel des Syndicats.

Etat de la Caisse.

M. le Secrétaire Trésorier présente la situation financière. A ce jour (les cotisations de 87 restant à payer), les recettes s'élèvent à 703 fr. 75 c. et les dépenses à 254 fr. 30. Il reste donc en espèces 449 fr. 45 c. qui, joints à 144 fr. montant de douze cotisations en retard, élèvent la fortune du Syndicat à 593 fr. 45 c.

Service médical des enfants du 1er âge.

Il est constaté que l'administration a satisfait à un des vœux exprimés : celui de la répartition plus équitable et plus logique des circonscriptions. Sans doute, il y a encore quelques desiderata, mais il faut se souvenir que l'administration a le droit de choisir les médecins qui lui plaisent.

Nous n'avons rien obtenu en ce qui concerne l'augmentation de nos honoraires. — Il est décidé de renouveler notre vœu, d'y intéresser les autres sociétés médicales du département et faire surtout remarquer à qui de droit que l'administration use avec une certaine désinvolture du corps médical, sans reconnaître pécuniairement ses soins, témoin la nouvelle charge de surveiller l'hygiène des écoles que l'on a octroyée aux médecins des enfants du 1er âge, chacun dans sa circonscription ! Sur la proposition du Président, le tarif suivant sera demandé : première visite, après l'arrivée de l'enfant : 2 fr. — autres visites : 1 fr. - Déplacements : 0.75 centimes par kilomètre parcouru. — Simplification des écritures trop encombrantes.

A propos de l'inspection des enfants assistés, un membre du Syndicat raconte ses tribulations au sujet d'un enfant mis en nourrice dans la commune qu'habite ce confrère et qui fait partie de sa circonscription d'inspection. Cet enfant avait été placé sans que le médecin-inspecteur eût été avisé par le maire ; on ne sait comment il a été soigné, mais il est mort dans une ville voisine. Les parents, armés d'un certificat médical par lequel la mort de l'enfant pouvait être attribuée à des accidents syphilitiques, ont alors provoqué une enquête administrative et judiciaire en incriminant le médecin chargé de la circonscription, pour les enfants du premier âge, où avait vécu leur enfant. — Il fut heureusement facile à notre confrère de se disculper, mais il n'en eut pas moins l'ennui de subir plusieurs interrogatoires et d'avoir à faire de nombreuses démarches ; il fut prouvé que la nourrice ne s'était pas fait délivrer de certificat initial, que le maire n'avait pas informé le médecin-inspecteur et que cette nourrice n'avait pas d'accidents syphilitiques. Cette affaire n'était qu'un chantage provoqué par la production d'un certificat médical délivré à la légère.

A ce sujet, la réunion se demande s'il n'y aurait pas quelque chose à faire en présence des conséquences fâcheuses qui peuvent atteindre le médecin-inspecteur et qui proviendraient ou de la négligence du maire chargé d'aviser de l'arrivée de l'enfant, ou de la nourrice elle-même, ou même encore des parents ? — Quelques membres proposent, en présence de tels ennuis et d'une allocation aussi dérisoire, de refuser tout concours à l'administration. — En présence de cette diversité d'opinions, M. le Président pense que la question a besoin d'être mûrie ; la réunion approuve et décide qu'un rapport sur ce sujet lui sera présenté au mois de mai 1888 par M. Dr Tarou, d'Anduze.

Assistance médicale des indigents.

En 1882, le Syndicat adressa à tous les représentants des corps élus de la région une proposition

d'assistance médicale des indigents, telle que l'a publiée notre éminent confrère M. le Dr Mignen, de Montaigu (Vendée), avec quelques modifications de détail nécessitées par le milieu où nous vivons. Cette invitation à s'occuper des malheureux est restée lettre morte, et M. le Préfet du Gard, lors de la dernière session du Conseil général, a enterré sous un monceau de fleurs, un vœu émis à ce sujet par le Conseil d'arrondissement du Vigan : il n'y a pas de fonds au budget départemental ; plus tard, on arrivera. Le confrère qui a soulevé cette question demande si on ne pourrait pas inviter l'administration à tenter un nouvel effort, particulièrement dans les communes qui possèdent des bureaux de bienfaisance (il y en a 44 sur 77 communes dans l'arrondissement du Vigan). La réunion, sans prendre parti, invite ceux de ses membres en relations avec l'administration à décider cette dernière à faire le premier pas : le syndicat aidera plus tard dans la mesure de ses moyens.

Sociétés d'assurances contre les accidents.

Un médecin syndiqué demande quelle doit être son attitude vis-à-vis d'une compagnie d'assurances contre les accidents (La Préservatrice), qui ne donne à ses médecins qu'une somme de 6 fr. pour tout sinistre constaté, soigné et liquidé, quelles que soient les opérations pratiquées ou les déplacements occasionnés ? Plusieurs membres racontent que tant pour cette compagnie que pour plusieurs autres, ils ont refusé un pareil tarif. — La réunion est d'avis qu'un médecin ne doit pas s'abaisser à recevoir une allocation aussi dérisoire.

De l'exercice illégal de la médecine par les pharmaciens.

Que faire lorsque cet exercice a lieu soit au dedans, soit au dehors de l'officine ? —Le parquet seul peut et doit sévir, le médecin n'a pas à se mêler de ces affaires ; mais si, après avoir averti le pharmacien coupable, celui-ci continue à sortir de ses attributions, il ne reste plus, au médecin, dans l'état actuel de la législation, qu'à délivrer des médicaments à ses malades.

Un pharmacien ignare ou méchant.

Un membre demande ce que ses confrères feraient si un pharmacien, par ignorance, ou par mauvais vouloir, réformait leur ordonnance au point de donner de l'eau claire pour une solution au nitrate d'argent ou au permanganate de potasse, ou encore du chlorhydrate de morphine pour de l'apomorphine etc., etc. La réunion estime que le médecin affligé d'une pareille plaie doit faire de la pharmacie s'il est seul ou envoyer ses clients chez un autre pharmacien.

Tarifs d'honoraires.

Le tarif en vigueur depuis 1832, un peu écourté et ayant été un peu fait à la hâte, demande une révision qui est confiée à une commission composée de MM. Bourguet, Tessonnière et Cambassédès. Ces confrères, après entente préalable, adresseront leur travail à chacun des membres syndiqués quinze jours au moins avant la réunion de mai.

Nomination du Bureau.

Malgré la vive opposition de M. le Président Mazel, qui aurait voulu que chaque membre fît chacun à son tour partie du bureau du Syndicat, l'assemblée lui confie de nouveau la présidence pour 1888. Elle renomme aussi M. le Dr Delettre pour vice-président et M. le Dr Cambassédès, pour secrétaire-trésorier.

La séance est levée et, quelques instants après, tous les membres du Syndicat prennent part au banquet ordinaire.

Pour extrait conforme :

Le Secrétaire-Trésorier,
Dr Cambassédès.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU CONCOURS MÉDICAL

M. le Dr A.-J. Martin, de Paris, présenté par le Directeur.

M. le Dr Bouchain, de Saint-Ismier (Isère), présenté par le docteur Boucher, de Voiron.

NOUVELLES

On lit dans la *Province médicale*, de Lyon :

« Il y a quelques semaines, des professeurs appartenant aux quatre facultés lyonnaises se sont réunis et ont projeté l'établissement d'un organe périodique, qui réunirait les travaux de l'Université lyonnaise tout entière. Ce projet, présenté à l'Assemblée des professeurs de toutes les Facultés, a reçu leur approbation et est entré en voie d'exécution.

« Le *Bulletin des Facultés de l'Université lyonnaise* sera rédigé par un Comité de seize membres, quatre par Faculté. Il paraîtra périodiquement et, au début, chaque trimestre. Il contiendra une analyse des travaux des professeurs et de leurs élèves, de tout ce qu'auront produit les thèses, les laboratoires, les cliniques, etc. Pour bien établir la fusion, les matériaux seront classés, non pas d'après la Faculté dont ils émanent, mais d'après leur nature. Un travail de chimie sera placé au chapitre « chimie », que son auteur appartienne aux sciences ou à la médecine ; certaines questions médico-légales seront inscrites au chapitre du droit.

« En fondant cet organe, l'Université lyonnaise a eu pour but de montrer à tous quelle somme de travail représente son action, quel rôle elle joue dans la vie intellectuelle du pays. Elle espère aussi que beaucoup de ses œuvres, systématiquement oubliées quand elle les confie aux Académies, aux journaux de la capitale, ne pourront passer inaperçues quand elles seront indiquées et analysées dans un recueil dont l'importance, la notoriété, le caractère presque officiel, s'imposeront à l'attention et au souvenir. »

— Le docteur Monin vient d'être élu, à l'unanimité, membre correspondant de la Société médicale de Varsovie. On se souvient que notre ami avait été délégué, dans cette ville, par le ministère de l'instruction publique, à l'effet de faire un rapport sur l'Exposition d'hygiène qui s'y tenait l'été dernier. Ce rapport, publié sous le titre de : *L'Hygiène dans la Pologne russe*, vient de paraître par les soins et sous les auspices de la Société française d'hygiène, dont notre confrère est l'un des secrétaires.

A ce propos, nous extrayons de la brochure de M. Monin le passage suivant :

« Nous avons pensé qu'il serait intéressant d'avoir

quelques renseignements sur les résultats pratiques de la méthode, d'autant plus qu'ils n'ont point encore été livrés à la publicité. La statistique des sujets mordus traités à Varsovie par le Dr Bujwid est la suivante : Jusqu'au 1er juillet 1887, 220 individus ont été inoculés ; 85 fois 0/0, la rage des animaux qui les avaient mordus a été scientifiquement constatée par l'inoculation du lapin ou par une autopsie *concluante* du médecin et du vétérinaire. Dans les 15 cas 0/0 qui restent, la rage de l'animal a été plus ou moins suspecte. 35 personnes mordues n'ont pas été l'objet d'inoculations, parce que leurs blessures étaient insignifiantes, et que l'animal était reconnu peu suspect.

Conclusion générale : Parmi les inoculés, 2 seulement ont succombé, ce qui fait une mortalité de 1,06 p. 0/0 : proportion sensiblement analogue à celle de l'Institut Pasteur. »

Nous sommes heureux d'annoncer les distinctions honorifiques dont les membres du Concours médical, suivants ont été récemment l'objet :

Officier de l'instruction publique : M. le Dr Mangenot (de Paris).

Officiers d'Académie : MM. les Docteurs Goureau (Paris), Deroye (Dijon), Donnezan (Perpignan), Rey (Alger), Lécuyer (Beaurieux), Fabreguette (St-Chamond) Speckhalm (Renwez), Lemoine (Granville), Lapeyre (Le Cannet), Guyochin (Mitry-Mory), Gauthier (Charolles), Durand (Arcueil), Rochepin (Tracy-le-Mont), Prengrueber (Palestro).

— M. le Dr Delefosse, directeur des *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, secrétaire de la Caisse des pensions de retraite, membre de notre Société, avait, il y a quatre ans à peine, perdu sa jeune femme.

Ces jours-ci, Madame Delefosse rentrait de la promenade, 22, place Saint-Georges avec son petit-fils âgé de 6 ans. Ce charmant enfant a fait du haut de l'ascenseur une chute mortelle. Nous adressons à notre malheureux ami et à sa mère l'expression de la douloureuse sympathie de tous les membres du *Concours médical*.

— Société de médecine pratique de Paris, fondée en 1804. — Composition du Bureau pour l'année 1888 : Président : Dr Dujardin-Beaumetz, 1er Vice-Président : Dr Labarthe, 2e Vice-Président : Dr Polaillon. Secrétaire général : Dr Gillet de Grandmont. Secrétaire général adjoint : M. Champigny. Secrétaires annuels ; Dr Crouigneau ; Dr Gaudin ; M. Gautrelet ; Dr Guelpa ; M. Lecerf ; Dr Petit (Léon) ; Dr Tisné ; Dr Tolédano ; Trésorier : M. Jolly ; Archiviste Bibliothécaire : M. Duboys de Lavigerie. — La Société se réunit tous les jeudis, à 4 heures précises, au Palais des Sociétés savantes, rue des Poitevins.

Cours sur les Eaux Minérales et les maladies chroniques. — Le Dr Max. Durand-Fardel commencera ce cours, le samedi 28 janvier, à 5 heures, dans l'amphithéâtre n° 3 de l'Ecole pratique, et le continuera les mardi et samedi de chaque semaine, à la même heure. Ce cours sera fait en 12 leçons.

Le secret médical et la presse. — Il y a trois ou quatre ans un tribunal français condamnait un docteur en médecine qui, pour défendre la mémoire d'un ami, avait écrit dans un journal politique qu'il était mort, non de la vérole, mais d'un cancer du testicule. La poursuite avait eu lieu sur la requête du ministère public.

Aujourd'hui, journaux politiques et médicaux donnent à l'envi les renseignements les plus circonstanciés sur les maladies de plusieurs souverains. L'*Allgemeine Wiener medical Zeitung* blâme cette soif de réclame quotidienne des médecins les plus distingués (c'est le professeur Stork qui est visé), et rappelle qu'il y a dix ans à peine un autre professeur de l'Université de Vienne stigmatisait en termes fort durs la conduite de l'un de ses auditeurs.

« Un jour, une fort jolie demi-mondaine tombe dans la rue, et la chute est si malheureuse qu'on est obligé de la transporter à la clinique du professeur Dumreicher. Certains accidents se montrent ; l'amputation est indiquée. Dumreicher eu avait exposé les raisons à ses élèves. La jolie blessée n'était pas indifférente au public et les reporters étaient aux aguets. Les journaux politiques ne tardèrent pas à publier la clinique *in extenso*. Il eût fallu entendre alors en quels termes indignés le savant maître dénonça, en plein amphithéâtre, l'indélicatesse d'un de ses auditeurs ; il n'eut pas de termes assez durs pour qualifier sa conduite et alla jusqu'à lui offrir de lui payer sa copie pour qu'il n'allât plus déshonorer la Faculté devant le grand public. »

(*Lyon médical.*)

Nous nous associons aux réflexions du *Lyon médical* en faisant observer qu'à Berlin, l'humiliation infligée aux chirurgiens de ce pays par le choix d'un spécialiste anglais a suscité un burlesque déchaînement. L'amour-propre froissé s'est traduit par des menaces d'assassinat contre le Docteur Mackensie. La vanité blessée de ce peuple se traduit d'une façon sauvage.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort du Docteur Rulié, de Tlemcem, membre du Concours médical.

BIBLIOGRAPHIE

L'Electrothérapie, journal d'électricité médicale, tel est le titre d'un nouveau journal que vient de fonder notre confrère, M. Léon Danion. Cette publication sera d'autant mieux la bienvenue, que l'Electrothérapie n'avait pas d'organe spécial.

— *Recherches sur la dyspepsie iléo-cæcale*, par H. Bachelet, Docteur en médecine de la Faculté de Paris, etc., troisième édition, Paris 1888, 1 vol. in-16 de 380 pages, 5 fr.

Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, r. Hautefeuille, Paris.

— Petite Bibliothèque médicale à 2 fr. le volume. — *La Folie Erotique*, par B. Ball, Professeur à la Faculté de Médecine de Paris. — Paris, 1888, 1 vol. in-16 de 157 pages, 2 fr.

Librairie J.-B. Baillière et Fils, 39, rue Hautefeuille, Paris

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY

Clermont (Oise). - Imprimerie DAIX frères, place St-André, 3.

Dixième année — N° 4 — 28 Janvier 1888

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE :

LA SEMAINE MÉDICALE

Diagnostic des maladies de l'estomac par un nouveau réactif. L'acide chlorhydrique, les alcalins, le sévacuants, le régime alimentaire dans les maladies de l'estomac.

M. Germain Sée a lu à l'Académie de Médecine dans la séance du 17 janvier une communication dans laquelle il a abordé un grand nombre de questions relatives au traitement des maladies de l'estomac, après avoir pris comme point de départ la recherche de l'acide chlorhydrique par un nouveau réactif.

Cette recherche a préoccupé beaucoup les médecins en Allemagne et en France dans ces dernières années. Pour ne parler que des travaux faits chez nous, M. Dujardin-Beaumetz à l'hôpital Cochin apprenait, il y a quatre ans, à ses élèves à se servir de la tropéoline ou orangé Poirier; M. Lépine, à Lyon, M. Debove, à l'hôpital des Tournelles, essayaient le vert malachite ou vert brillant. M. Sée donne la préférence à un réactif dont se sert, depuis deux mois environ le Dr Günzburg (de Francfort), la phloroglucine-vanilline.

2 grammes de phloro-glucine et 1 gramme de vanilline donnent avec 30 grammes d'alcool absolu une solution d'un brun jaune.

Une goutte de cette solution, en présence d'une *trace* d'un acide minéral concentré, se colore aussitôt en rouge vif, en même temps qu'il se dépose des cristaux d'un beau rouge.

Au contraire, les acides organiques, par exemple l'acide lactique ou acétique, n'ont aucune influence sur la coloration. Les chlorures eux-mêmes, mêlés à ces acides organiques, ne fournissent aucune coloration.

Lorsqu'il s'agit d'acides minéraux dilués, on n'obtient pas de coloration rouge par la phloroglucine-vanilline, mais, si on les fait évaporer dans une cupule de porcelaine, il se développe dans les dernières gouttes une belle coloration rouge. Il importe de ne pas faire bouillir les gouttes ; il faut évaporer lentement sur une petite lampe à esprit-de-vin et de préférence à l'étuve.

Lorsqu'on opère sur le suc gastrique, on procède ainsi : quelques gouttes du liquide filtré, et autant du liquide phloroglucino-vanillé, sont évaporées ensemble avec précaution, ce qui donne un vernis rougeâtre. A l'aide de ce procédé, il suffit, pour obtenir les petits cristaux rouges, de 1/10 pour 1000 d'acide chlorhydrique et cette extrême sensibilité du réactif dépasse de beaucoup la puissance de l'aniline.

Quand le liquide gastrique renferme beaucoup d'albuminates ou de peptones isolés, les cristaux ne s'observent plus, mais la coloration vive persiste. La cupule se couvre d'une pâte rouge composée d'albuminates et de fragments de cristaux.

Pour faire la recherche de l'acide chlorhydrique chez l'homme, on puise dans l'estomac quelques centimètres cubes de suc gastrique avec un aspirateur de Potain, 45 à 60 minutes après un repas composé d'un œuf dur et d'un verre d'eau.

Voici comment M. Sée divise les maladies de l'estomac d'après l'état de la sécrétion chlorhydrique.

1er *Groupe. — Affections graves avec diminution de l'acide chlorhydrique.* — Des recherches récentes il ressort ce fait important que la diminution ou l'absence de sécrétion n'est pas aussi fréquente qu'on l'admettait. Ainsi, même dans la fièvre, le suc gastrique d'acide chlorhydrique ne manque pas complètement (Cahn et Mering).

En réalité, on peut réduire à trois les affections stomacales qui ramènent l'acide chlorhydrique au minimum.

a) Cancers. — Tous les auteurs, depuis Van der Velden jusqu'à Riegel, Ewald, etc., ont admis qu'avec les réactifs les plus variés et même les plus fidèles il est impossible de déceler la présence de l'acide chlorhydrique dans cette maladie.

Ce fait paraissait caractéristique du cancer. On attribuait l'absence de l'acide, tantôt à l'action spé-

cifique et destructive du suc cancéreux (Riegel), tantôt à l'immixtion du mucus provenant du catarrhe muqueux concomitant. La théorie était variée, mais l'opinion était unanime. Cependant, de temps à autre, on signalait une défaillance à la loi générale.

b) Dyspepsies muqueuses. — Après le carcinome, la cause morbide qui semble entraver le plus la production de l'acide chlorhydrique, c'est le catarrhe muqueux. Il est certain qu'au début de la maladie l'acide chlorhydrique existe ; mais lorsque, plus tard, il y a des lésions de texture, de l'atrophie des glandes, des productions interstitielles, la sécrétion de cet acide n'est plus susceptible de démonstration.

c) Dyspepsies marastiques. — Il est certain aussi que la production de l'acide chlorhydrique peut manquer dans tous les cas de marasmes, mais ici encore il reste un doute. On ne connaît pas toutes les conditions d'inanition ou de marasme qui font manquer l'acide. Celles que nous signalerons, les dyspepsies tuberculeuse, urémique, diabétique, cardiaque, cadrent parfaitement dans leurs données nouvelles avec les précisions physiologiques. L'estomac des phthisiques, des urémiques, des cardiaques, ne fonctionne pas normalement.

2e *Groupe. — Troubles digestifs avec hypersécrétion gastrique ou acide.* — Tandis que les sécrétions diminuées sont plus rares qu'on ne le suppose, les recherches chimiques récentes ont révélé un fait tout à fait surprenant, à savoir que l'excès d'acide chlorhydrique est un phénomène fréquent, vulgaire. Sur 200 cas de dyspepsie, Boas constata cette hypersécrétion dans 60 p. 100 des cas.

Ici les troubles digestifs ne sont ni ceux de la dyspepsie simple, ni ceux du catarrhe muqueux. Les souffrances se rattachent intimement à l'acte digestif et ne commencent pas immédiatement après l'introduction des aliments, mais au bout d'une heure au plus tôt, ou même au plus fort de la digestion, c'est-à-dire après trois heures. Les malaises consistent dans des régurgitations fortement acides d'aliments, de renvois gazeux jusqu'au pharynx et même plus haut. Si l'évacuation se fait ainsi, les malaises cessent.

Outre tes régurgitations, les malades accusent des douleurs plus perforantes, lancinantes, et s'étendant même jusqu'au nombril. L'appétit est faible ou nul, la langue fortement chargée, la garde-robe retardée, et, dans un état avancé du mal, le malade est très amaigri.

L'examen du contenu stomacal après un repas d'épreuve composé d'un ou deux œufs durcis et d'une quantité de liquide aussi minime que possible, démontre que cette phénoménalité dépend d'un excès de sécrétion chlorhydrique.

Les acides organiques ou volatils manquent plus ou moins complètement. Ainsi la digestion des matières protéiques ne laisse rien à désirer ; il est même probable, vu la rapidité de la peptonisation, que la présence des peptones en excès gêne le reste de la digestion. La digestion amylacée est, au contraire, entravée. Si, en effet, on donne à cette catégorie de malades un mélange amylacé et qu'on examine après 60 à 75 minutes le liquide filtré, celui-ci présente encore des signes évidents de saccharification incomplète...

Il est rare que les troubles digestifs dépassent la phénoménalité tracée ci-dessus, mais il survient parfois une *hypersécrétion chlorhydrique* permanente, de telle sorte que, le matin à jeun, après un lavage pratiqué la veille, on trouve encore quelques centaines de centimètres cubes de liquide contenant manifestement de l'acide chlorhydrique et doué de la propriété de digérer l'albumine.

En résumé, il y a donc, en dehors de la dyspepsie nerveuse avec suc gastrique normal, une dyspepsie nerveuse fortement acido-chlorhydrique et une dyspepsie avec *hypersécrétion chlorhydrique permanente*. Mais les circonstances étiologiques de ces dyspepsies acides sont inconnues ; on sait seulement que ces dyspepsies hyperacides sont souvent liées aux *hématémèses*, et par conséquent à l'ulcère de l'estomac. On sait aussi que ces dyspepsies acides reposent souvent sur un fond chlorotique. Les filles chlorotiques ont souvent, en effet, des accès de violente gastralgie qui se guérissent à merveille par les alcalins à doses énormes.

3e *groupe. — Sécrétions chlorhydriques variables.* — Dans certains autres groupes de maladies de l'estomac, la sécrétion varie ; la *dilatation de l'estomac* rentre dans cette classe.

En général, on commence à croire que la dilatation n'est pas une maladie primordiale de l'estomac et qu'elle n'est que le symptôme plus ou moins prononcé de diverses affections de l'estomac, ou, ce qui est plus fréquent, de divers états morbides de l'intestin. De plus, les signes de la dilatation sont très incertains et se rapportent souvent à la dilatation du côlon transverse (1).

Dans ces derniers temps, Ehrlich a conseillé, pour s'assurer de l'ectasie de l'estomac, de faire prendre à ces malades du salol à la dose de 2 à 3 grammes. Dans l'état normal, ce médicament passe intact de l'estomac dans l'intestin où il est dédoublé par le suc pancréatique, absorbé, puis éliminé au bout d'une heure par les urines : si le salol n'apparaît que bien plus tard dans les urines, c'est que l'estomac est dilaté et retient ce médicament. L'ectasie serait donc reconnue ; soit, mais qu'importe au point de vue du traitement de constater cette dilatation banale que les médecins affirment partout sans en rechercher la causalité ? Or, il n'est pas indifférent de savoir d'où vient cette dilatation. Je lui trouve quatre genres de causes : 1° un rétrécissement fibreux ou cancéreux du pylore, d'où une dilatation en amont de l'obstacle ; 2° une atonie de la paroi stomacale, parfois lésée dans sa structure musculaire ; 3° elle peut être le résultat d'une atonie de l'intestin, et c'est là une des origines les plus fréquentes : l'atonie frappe le pylore qui laisse passer les gaz et distendre l'estomac ; 4° une dyspepsie intestinale, une entéro-colite chronique simple ou muco-albumineuse, ou muco-membraneuse. D'où il résulte également que la présence des gaz de décomposition de la masse chymeuse intestinale produirait une insuffisance pylorique et une distension ou même une dilatation stomacale.

Interprétation des digestions sans acide chlorhydrique. — De ce que l'acide chlorhydrique manque, ce n'est pas une raison pour que tout soit perdu. Plusieurs éventualités peuvent alors se produire. Voici la première :

L'estomac ne fonctionne pas chimiquement ; la digestion a cependant l'air de se faire. Cela provient de ce que la digestion intestinale, qui est complète, normale, remplace la digestion gastrique.

Dans tous ces cas l'estomac n'est qu'un lieu de

(1) Nous pensons avoir réfuté cette opinion dans notre thèse : *Dilatation de l'Estomac et fièvre typhoïde* (1886). P. L. G.

passage ; sa fonction se réduit à des contractions qui brassent les aliments et les expulsent prématurément. La presque totalité des albuminates échappe donc à l'estomac avant d'être peptonisée parce que l'acide chlorhydrique fait défaut.

C'est alors l'intestin qui se charge de la digestion, et cette circonstance se présente très souvent, plus souvent qu'on ne le croit.

Il est même des cas où non seulement l'acide chlorhydrique fait défaut, mais où les fonctions motrices de l'estomac sont elles-mêmes supprimées ; et cependant l'intervention des sucs intestinaux suffit encore à sauver la situation.

Une deuxième cause peut présider à l'annihilation de l'acide chlorhydrique. C'est l'état du sang ou de la circulation.

On peut supposer qu'un sang de glycémique, d'urémique, de tuberculeux, qu'un sang qui circule mal, ne saurait présider à la formation d'un suc gastrique normal. Cependant, ni le diabétique, ni l'albuminurique, ni le cardiaque, ni le tuberculeux ne se plaint de son estomac. De temps à autre on voit bien le diabétique présenter quelque grave indigestion, le cardiaque des flatulences, l'albuminurique des vomissements répétés, le phthisique des dégoûts alimentaires ; mais, en réalité, aucun d'eux n'est dyspeptique dans l'acception véritable du mot ; il ne l'est qu'au point de vue gastrique et la succursale établie dans l'intestin fonctionne admirablement aux lieu et place de l'organe digestif primordial. C'est pourquoi ces sujets ne maigrissent que tardivement et ne perdent leurs forces que bien plus tard encore. Ce n'est qu'au moment où l'urémie, où la glycémie, où la stase veineuse vient à frapper l'intestin, où le tubercule envahit cet organe, que la diarrhée urémique, diabétique, cardiaque, tuberculeuse s'établit, entraînant au dehors les produits de la digestion. Alors, mais alors seulement, la nutrition est gravement compromise.

On me demandera, sans doute, comment l'absence de l'acide chlorhydrique est si peu grave dans ces circonstances et si funeste au contraire dans le cancer ?

A cette objection je répondrai que *toutes* les fonctions de l'estomac sont compromises dans le cancer ; non seulement la fontion chimique et la fonction nervo-motrice, mais la formation du suc gastrique lui-même est entravée par les lésions cancéreuses, et surtout par l'inanition. D'autre part la production des sucs intestinaux est, elle aussi, entravée par les mêmes causes, alors que dans la dyspepsie chlorhydrique simple la ressource de l'intestin reste tout entière.

A l'opposé des digestions non chlorhydriques qui sans troubles de l'estomac s'achèvent dans l'intestin, il existe des digestions chlorhydriques qui ont l'air d'évoluer dans l'estomac, tandis que tout se passe dans les intestins.

C'est ce qui se produit chez les malades qui annoncent des douleurs au creux épigastrique, la distension de l'abdomen au-dessus ou au niveau de l'ombilic jusqu'à gêner la respiration, la production excessive de gaz, la constipation persistante ou alternant avec la diarrhée, le malaise général, les troubles cérébraux et nerveux, l'aggravation des accidents 3 à 4 heures après le repas, c'est-à-dire au moment de la deuxième digestion. Ce sont là les signes de la parésie du tube intestinal. On constatera dans tous ces cas une accumulation de gaz dans l'intestin, gaz qui remontent même jusqu'à l'estomac, forcent le pylore et gagnent même jusqu'au cardia, pour s'éliminer définitivement par en haut après avoir produit un ralentissement marqué de la digestion intestinale, qui devient surtout pénible quelques heures après le repas.

Ainsi donc, avant de se prononcer sur l'existence d'une dyspepsie, il ne suffit pas qu'on constate un suc non chlorhydrique, puisqu'avec un suc gastrique dépourvu d'acidité vraie et efficace la digestion se fait surtout dans l'intestin.

En second lieu, l'existence d'un suc chlorhydroacide ne suffit pas pour assurer une digestion parfaite, car il peut y avoir des troubles intestinaux qui simulent entièrement la dyspepsie gastrique.

La chlorhydrothérapie, l'alcalinothérapie, les évacuants mécaniques et physiologiques, voilà les trois médications qui se discutent à l'occasion de chaque affection gastro-intestinale, à l'occasion même de chaque malade.

L'acide chlorhydrique pur ou associé à la pepsine est certainement défavorable dans les hypersécrétions chlorhydriques, qui sont décidément fréquentes.

Mais qu'on ne considère pas comme signes de dyspepsies acides les sensations de pyrosis accusées par le malade, ou les gaz dits brûlants, car dans ces cas le suc gastrique peut être neutre ou faiblement acidulé. On ne peut résoudre la question que par le *sondage*. Si l'acide chlorhydrique est en abondance, l'administration intempestive de ce même acide peut avoir les plus graves inconvénients.

Il y a plus. Quand l'acide chlorhydrique manque, ou se trouve à peine marqué — comme dans le cancer — il n'est pas indiqué davantage de le donner : il n'y a pas, en effet, dans ces cas, formation de véritable suc gastrique, même si on ajoute de l'acide chlorhydrique. L'expérience, d'ailleurs, prouve son inutilité et même son danger.

Le véritable domaine de la chlorhydrothérapie, c'est la dyspepsie avec peu d'acide, ou bien la dyspepsie où prédominent les acides organiques et volatils. Cette médication est donc indiquée dans la dyspepsie ou la gastrite de ce genre, ou bien encore dans la dilatation où il y a une hyperproduction d'acides organiques.

La prescription doit alors être de 8 à 10 gouttes de la solution de 0 gr. 5 d'acide pour 100 dans 200 à 300 grammes d'eau. Ces gouttes sont répétées 2 ou 3 fois pendant le cours et même à la fin de la digestion.

L'*alcalinothérapie* est aussi discutée, du moins en tant que dose. En général, celles qu'on prescrit sont trop faibles : il s'agit, en effet, de neutraliser l'excès d'acide, 5 à 6 grammes de sel basique au moins sont nécessaires, et cette dose doit souvent être répétée deux fois dans les trois heures de la digestion, et continuée pendant plusieurs jours.

Les *Evacuants* s'appliquent à tous les cas d'affections atoniques de l'intestin et de l'estomac. Si la dilatation du côlon constitue le point de départ d'une dilatation de l'estomac, c'est le lavage, c'est-à-dire un évacuant mécanique qui est nécessaire. Si l'intestin provoque des phénomènes pseudodyspeptiques stomacaux, ce sont les purgatifs et les laxatifs qui sont indiqués.

Il y a deux *régimes* qu'on prescrit avec une banalité telle qu'il semble qu'ils soient réellement utiles et applicables à tous les malades : c'est la cure de lait et le régime des viandes tendres.

Le *lait* est prescrit aujourd'hui *urbi et orbi*, quelle que soit la maladie de l'estomac à laquelle

on ait à faire. Des indications thérapeutiques, il n'en faut plus. C'est surtout depuis que la dilatation remplit tout le cadre nosologique que le lait est devenu la panacée universelle, bien que M. Bouchard cherche dans ces cas à modérer le zèle des buveurs de lait qui se dilatent ainsi de plus en plus. Voilà la doctrine du jour. Le malade maigrit, s'affaiblit, car il est à l'état d'inanition, mais peu importe ; il n'a plus de douleurs, ni de flatulence, il se croit guéri, et le médecin l'affirme.

Les indications sont cependant nettes ; c'est l'ulcère de l'estomac qui demande à tout prix le lait ; les autres affections gastriques ne réclament rien qu'un régime possible.

Le deuxième régime, non moins banal que le régime lacté, se compose de viandes légères, tendres, et supprime les végétaux, le gros pain, les amylacés et les graisses. Les ressources se raréfient et le malade court encore une fois le risque d'être affamé ou inanitié. C'est tout au plus si on peut tenter l'usage de ce régime chez les estomacs pauvres en acide chlorhydrique, comme chez ceux qui sont frappés de dyspepsie muqueuse, ou de dilatation compliquée de cette même dyspepsie dans laquelle le mucus en abondance vient entraver l'action de l'acide chlorhydrique — rare et insuffisant.

Mais dans ces circonstances, de même aussi que *dans le cancer où l'acide chlorhydrique* manque totalement, il importe de savoir qu'il est inutile et souvent dangereux de se priver des ressources fournies par les substances amylacées et surtout par celles qui sont à la fois amylacées et azotées, comme les pâtes d'Italie et d'Auvergne, comme les légumes secs décortiqués.

Dans les conditions d'infériorité chlorhydrique, la période amylolytique est prédominante et rapide et dans ces cas il se forme promptement une grande quantité de *maltose* absorbable. On peut alors permettre les soupes farineuses, les mets féculents, sans graisse, parfois des pommes de terre, les racines finement divisées et les purées de légumes.

Inversement, le régime amylacé doit être sévèrement défendu dans les dyspepsies hyperchlorhydriques, car l'excès d'acide peut déterminer ou un spasme du pylore et retenir les aliments dans l'estomac, ou bien des contractions exagérées des muscles de l'estomac qui hâtent, avant le temps voulu, réglementaire, l'expulsion des aliments incomplètement transformés. La viande et le poisson seront alors administrés *largâ manu* ; il est inutile de s'en tenir à la volaille, au gibier, à la chair de veau ; les viandes de bœuf ou de mouton, les poissons maigres, le jambon, conviennent à merveille dans ces cas.

Voilà les quelques règles de régime qui se déduisent de la recherche de l'acide chlorhydrique.

Je ne parle pas des boissons, du remplacement nécessaire du vin par les boissons théiques, dont on a cherché récemment à médire. Je ne fais que mentionner l'alcool qui, certes, ne trouble pas la digestion, mais qui la retarde peut-être quand il est pris à forte dose, ce qui ne serait pas un grand défaut pour certains buveurs et buveurs à outrance. »

MÉDECINE PRATIQUE

L'antisepsie locale et l'antisepsie intestinale contre la furonculose.

Dans la dernière séance de la Société clinique, mon maître, M. le professeur Bouchard a cité des cas où une éruption furonculeuse a été arrêtée par l'antisepsie intestinale. Déjà, dans des conversations particulières, il nous avait signalé l'utilité de cette médication, et il y a quelques semaines nous avons eu l'occasion de l'appliquer avec succès.

Un de nos amis venait nous consulter pour un furoncle très volumineux du cou, dont le bourbillon commençait à s'éliminer ; deux ans auparavant, il avait eu une éruption de plus de cinquante furoncles qui avait, pendant près de trois mois, empoisonné son existence (le mot ne paraîtra pas trop fort à quiconque aura été obligé de vaquer à des occupations actives en portant sur son corps plusieurs furoncles en voie d'évolution) ; aussi l'apparition de ce premier furoncle, dans le voisinage duquel commençait à s'acuminer un second assez volumineux, mais encore dur, effrayait-elle beaucoup mon malade.

Je lui prescrivis à la fois une antisepsie locale rigoureuse et, comme il présentait des signes non douteux de troubles digestifs, l'antisepsie intestinale. Sur le furoncle en pleine suppuration et sur celui qui commençait à pointer, je fis appliquer en permanence une large rondelle d'emplâtre de Vigo cum mercurio, qui devait être changée deux fois par jour ; à chaque fois, toute la région était lavée avec une solution chaude de sublimé à 1 p. 1000.

Simultanément, le malade a pris chaque jour 1 gr. 50 de naphtol, de salicylate de bismuth et de magnésie, le tout administré en cinq cachets médicamenteux à intervalles égaux ; c'est-à-dire que, environ toutes les quatre heures, le temps du sommeil excepté, il avalait un cachet contenant :

Naphtol β	ââ 0 gr. 30 centigr.
Salicylate de bismuth	
Magnésie anglaise........	

Huit jours après, mon malade revint. Le premier furoncle, naturellement, était cicatrisé ; mais, à la grande surprise et à la grande joie de mon ami, qui, instruit par ses malheurs passés, avait prévu une nouvelle iliade de maux, aucun nouveau furoncle n'était apparu. En outre, ce qui me surprit, moi, davantage, le second furoncle, dont la suppuration m'avait paru inévitable, avait avorté et ne persistait plus qu'à l'état de noyau induré en voie de résolution, c'est-à-dire moins gros de moitié que huit jours auparavant.

Je fis continuer l'antisepsie intestinale et je restreignis l'antisepsie locale à des lavages deux fois par jour de tout le cou et des régions voisines avec une solution sursaturée d'acide borique (4, p. 100) chaude. Le traitement fut observé strictement pendant une autre semaine, puis cessé. Aucun furoncle nouveau ne s'était montré ; on avait peine à retrouver, sous forme d'une insignifiante induration, la place de celui qui avait avorté.

Est-ce à l'antisepsie intestinale qu'en cette circonstance il est légitime d'attribuer l'arrêt de la poussée furonculeuse, ou bien à l'antisepsie locale ? Je ne saurais le dire. Dans le cas cité par M. Bouchard, l'antisepsie locale n'avait pas été négligée

non plus, bien qu'elle eût été faite moins rigoureusement ; la démonstration n'est donc pas péremptoire.

La conviction absolue de l'efficacité découlerait sans doute de l'observation de cas où l'antisepsie intestinale à elle seule arrêterait une éruption furonculeuse. Mais, si, ayant fait l'antisepsie intestinale, on voyait d'autres furoncles apparaître dans la même région que les premiers, il n'en résulterait pas la preuve de l'inefficacité de l'antisepsie intestinale ; car, une fois les microbes pyogènes cantonnés dans les glandes cutanées d'une région, ils peuvent, en se semant de proche en proche par l'inoculation locale, engendrer de nouveaux furoncles. Si, au contraire, l'antisepsie intestinale étant faite, ainsi que l'antisepsie locale, il ne survient plus aucun furoncle dans d'autres régions éloignées, on peut être en droit d'attribuer à la première le mérite d'avoir mis fin à l'infection supposée d'origine intestinale.

Bref, la question demeure encore obscure jusqu'à plus amples études. Pour moi, je suis absolument convaincu que le traitement de la furonculose requiert d'abord, de nécessité absolue, une antisepsie locale rigoureuse, telle que je l'ai formulée plus haut (emplâtre mercuriel occlusif et protecteur des parties voisines, lotions chaudes fréquentes au sublimé d'abord, à l'acide borique ensuite) ; secondement, j'incline à croire à l'utilité de l'antisepsie intestinale par le naphtol et le salicylate de bismuth à petites doses fréquemment répétées, suivant la méthode de mon maître. A l'avenir de juger l'importance respective des deux méthodes.

On nous demandera peut-être comment l'antisepsie intestinale peut contribuer à arrêter la furonculose. Le microbe pathogène ne vient pas de l'intestin, mais de l'extérieur. Les micrococques, qui s'introduisent dans les glandes cutanées et provoquent la réaction inflammatoire des parties voisines, vont ensuite contagionner d'autres glandes ; tel est le mécanisme de la reproduction des furoncles.

Mais la peau de tous les individus n'est pas également propice à cette pullulation des microbes furonculeux ; outre la glycémie, l'uricémie, qui sont des causes prédisposantes, l'intoxication chronique d'origine intestinale en est aussi une, et, en arrêtant la production des poisons putrides, dans l'intestin, il n'est pas surprenant qu'on arrête dans certains cas une poussée furonculeuse, comme on y réussit chez un glycosurique en diminuant ou en supprimant sa glycémie par une hygiène appropriée et chez un goutteux en lui donnant du bicarbonate de soude.

P. Le Gendre.

REVUE D'OBSTÉTRIQUE
ET DE GYNÉCOLOGIE

I. Moyens de provoquer l'accouchement. — II. L'eau chaude en obstétrique et en gynécologie. — III. La dilatation permanente artificielle de l'utérus. — IV. L'analgésie chloroformique dans les accouchements naturels.

I. — Des moyens de provoquer l'accouchement (1).

Les indications de l'accouchement prématuré artificiel sont assez nombreuses (rétrécissement du bassin, albuminurie grave, vomissements incoercibles, maladie diathésique ou autre mettant en danger les jours de la femme, etc.). — On hésite aujourd'hui d'autant moins à provoquer le travail que : 1° grâce à l'antisepsie, cette petite opération ne fait courir aucun risque à la femme ; 2° grâce à une hygiène mieux comprise du nouveau-né, grâce à l'emploi de la *couveuse*, du *gavage*, on élève facilement les enfants nés loin du terme, les prématurés.

Il nous paraît utile de passer rapidement en revue, d'après une leçon de M. Pinard, les différents procédés aujourd'hui employés pour provoquer l'accouchement.

Nous ne parlerons pas des médicaments qui jouissent à tort de la réputation de déterminer l'accouchement, comme la rhue, la sabine, le safran, le seigle ergoté, etc. ; le sulfate de quinine lui-même est inefficace à ce point de vue et peut être prescrit sans crainte chez les femmes grosses, atteintes d'impaludisme ou d'accidents fébriles.

Le massage, les frictions sur la paroi abdominale, l'électricité n'ont donné jusqu'à présent que des résultats peu probants.

La méthode de Kluge, qui consiste à introduire dans le col une éponge préparée, est aujourd'hui presque abandonnée : sans parler de l'infection qui survient lorsque l'éponge n'est pas rigoureusement aseptique, il n'est pas toujours facile de faire pénétrer ces cônes d'éponge dans le col des primipares ; en outre, chez les multipares, cette introduction se montre souvent inefficace.

Kiwisch avait pensé qu'il suffisait de pratiquer des irrigations chaudes sur le col pour déterminer l'accouchement ; mais, pour obtenir l'excitation de la fibre utérine, il faut que le jet soit dirigé directement sur le col avec une certaine force, et que le récipient destiné à fournir l'eau soit élevé de 6 à 7 pieds. Ainsi pratiquée, la méthode de Kiwisch a donné des résultats certains, mais elle a non moins certainement provoqué des accidents mortels. Comme l'a fort bien montré M. Pinard, c'est à la force du jet, au traumatisme qu'il détermine, et non à l'action de l'eau chaude, qu'il faut attribuer l'efficacité de la méthode de Kiwisch. Si l'on supprime les fortes pressions, tout se réduit à une balnéation du col utérin qui ne détermine jamais de contractions : la méthode est alors insuffisante.

Deux procédés restent en présence : celui de Krause et celui de Tarnier.

Dans le premier, on se sert d'une simple bougie en gomme ou en caoutchouc dont le diamètre est à peu près celui d'un porte-plume ; cette sonde doit avoir une certaine résistance, être rendue aseptique.

On introduit dans le vagin deux doigts à la recherche du col, dont on place l'orifice externe en avant, en rapport avec la gouttière formée par la réunion des doigts. La sonde est alors glissée dans cette gouttière et poussée dans le col ; des mouvements de rotation imprimés à la sonde en facilitent l'introduction. La longueur de la sonde à faire pénétrer dans l'utérus est de 12 à 14 centimè-

(1) *Bulletin médical*, 9 novembre 1887.

tres pour quelques accoucheurs, tandis que d'autres l'introduisent tout entière.— Cette méthode a pour elle la simplicité de l'instrument et du manuel opératoire, mais elle peut ne pas déterminer l'accouchement : elle expose à des accidents puerpéraux, à la rupture des membranes, au décollement du placenta.

La méthode de Tarnier nécessite deux instruments : un tube en caoutchouc terminé par une ampoule dilatable, et un conducteur métallique formé par une tige demi-cylindrique recourbée à son extrémité comme une sonde d'homme. Ces objets doivent être soigneusement désinfectés : il est bon de les laisser tremper dans une solution phéniquée à 1/50e. On fixe le tube de caoutchouc dans la concavité de la tige conductrice, à l'aide d'un fil, préalablement attaché à l'extrémité de l'ampoule; ce fil est d'abord passé dans l'orifice pratiqué à l'extrémité du conducteur, puis enroulé autour de la tige. On fait alors une ou plusieurs injections de liquide dans le tube et l'ampoule jusqu'à ce qu'on en ait complètement chassé l'air.— La femme a été soumise, pendant les jours qui ont précédé, à des lavages antiseptiques; on fait une dernière injection vaginale, puis, avec deux doigts, on va à la recherche du col dans l'orifice duquel on introduit le conducteur ; on porte l'ampoule au delà de l'orifice interne. A l'aide d'une seringue, on fait pénétrer de l'eau dans le tube en agissant très lentement ; l'ampoule étant gonflée, on lâche le fil et on retire avec précaution le conducteur. — Cette petite opération présente rarement de difficulté, M. Pinard a employé trente-quatre fois le ballon Tarnier sans rencontrer d'impossibilité même chez les primipares.

Les reproches que l'on a faits à l'emploi du ballon Tarnier (nécessité d'un instrument spécial, difficulté de son introduction, éclatement de l'ampoule, modification de la présentation), ne sont pas fondés. Cette méthode n'a qu'un inconvénient, surtout marqué chez les multipares : lorsque le travail commence et que l'orifice externe du col est suffisamment dilaté, le ballon tombe dans le vagin et le travail peut s'arrêter. Il est alors nécessaire d'introduire un second ballon et, si le même fait se reproduit, de remplacer le ballon *excitateur* de Tarnier par le ballon dilatateur de *Barnes* qui trouve ici sa véritable indication. — Malgré cet inconvénient, nous avons été souvent frappés, à Lariboisière, de voir combien il était facile, à l'aide du ballon Tarnier, de provoquer l'accouchement sans faire souffrir aucunement la femme au moment de l'opération et sans qu'il s'écoule aucune goutte de sang.

Sur 20 accouchements provoqués à Lariboisière, 15 (7 primipares, 8 multipares), ont été menés à bonne fin par le seul ballon de Tarnier : chaque fois un seul ballon a suffi. — Des cinq cas où le procédé Tarnier a échoué, trois ont été terminés par la méthode de Krause et deux par le dilatateur de Barnes.

II. De l'eau chaude en obstétrique et en gynécologie.

Nous avons déjà parlé à diverses reprises dans ce journal des excellents résultats que l'on obtient pendant l'accouchement, au moment de la délivrance, etc., à l'aide des injections vaginales ou intra-utérines (suivant les cas) d'eau très chaude à la température de 45° à 50°; la pratique de ces injections chaudes est aujourd'hui adoptée dans presque toutes les Maternités parisiennes.

Il nous paraît intéressant de signaler à nos lecteurs deux thèses très remarquables faites l'année dernière sur ce sujet (1) ; l'une d'elles vient de remporter le prix de thèses à la Faculté de Nancy. Nous en rapportons ici les principales conclusions.

Il résulte de l'expérimentation que l'eau chaude, à une température de 45° à 50°, est un stimulant énergique de la fibre musculaire lisse. De plus, il est probable qu'à cette température le calorique exerce également une action locale sur le vaisseau. Tantôt cette action se traduit par une contraction immédiate et permanente du vaisseau ; tantôt elle se traduit par une dilatation vasculaire momentanée, suivie d'une phase réactionnelle caractérisée par la contraction des vaisseaux.

Ces faits physiologiques montrent que c'est par leur action stimulante sur la fibre utérine que les injections chaudes constituent un moyen ocytocique très utile pendant l'accouchement et un agent d'hémostase puissant dans toutes les métrorrhagies. Aussi doivent-elles être préférées aux injections froides comme moyen d'hémostase. L'eau froide a, en effet, sur la fibre lisse une action beaucoup moins énergique que l'eau chaude et en outre la contraction vasculaire déterminée par le froid au début de son application peut être suivie d'une réaction caractérisée par la dilatation paralytique des vaisseaux ; de telle sorte que l'hémorrhagie momentanément arrêtée reparaîtra avec une plus grande intensité.

Un fait très important que M. Pinard a le premier signalé : c'est que l'eau chaude n'agit sur l'utérus gravide, qu'autant qu'il y a début de travail. L'eau chaude sous la forme d'injections vaginales à 48° ou 50° centigrades, faites doucement et lentement, ne peut à elle seule dans un utérus gravide, inerte jusque-là, provoquer des contractions capables de déterminer l'accouchement prématuré ou l'avortement. Les succès obtenus par la méthode de Kiwisch doivent être attribués au traumatisme et non à l'action thermique de l'eau. Aussi ne faut-il pas craindre, chez les femmes enceintes, de conseiller les injections vaginales : bien faites, elles ne peuvent avoir que des avantages.

Pendant le travail de l'accouchement, l'eau chaude a une action réelle et évidente sur la contractilité utérine; sous l'influence des injections chaudes, vaginales ou intra-utérines, les contractions sont renforcées et prolongées, mais leur fréquence n'est pas augmentée ; aussi la période de dilatation, si longue et parfois si pénible est notablement raccour-

(1) De l'eau chaude en obstétrique, par le Dr Henri Lorain. G. Steinheil, éditeur. — De l'action de l'eau chaude sous la forme d'injections sur l'utérus pendant la grossesse et pendant le travail de l'accouchement, par le Dr Gauvry. Davy, éditeur.

cie ; il en est de même de la période d'expulsion et de celle de délivrance.

Aussi l'eau chaude est-elle un agent qui doit entrer de plus en plus dans la pratique obstétricale et qui devra être employé dans les cas d'inertie utérine, de spasme ou de rigidité anatomique du col, dans certains cas d'hydramnios, de grossesse gemellaire, de présentation de la face, de rétrécissement du bassin, de putréfaction du fœtus, de rétention du placenta, etc., en un mot toutes les fois qu'il y a lieu de hâter le travail, de renforcer la contraction utérine. Souvent, l'emploi de l'eau chaude dispensera de recourir à une intervention, telle qu'application de forceps, délivrance artificielle, etc.

Pendant les suites de couches, l'usage des injections chaudes facilite singulièrement l'involution utérine. Les injections vaginales d'eau chaude sont faciles à administrer, dans tous les cas, et d'une innocuité parfaite; mais les injections intra-utérines, un peu plus délicates à pratiquer, ont en revanche une action plus rapide et plus sûre.

Ce n'est pas seulement en obstétrique, mais aussi en gygnécologie que les injections chaudes rendent les plus grands services. Elles ont été employées avec grand succès contre les hémorrhagies liées à la présence de tumeurs fibreuses ou de carcinome utérin; de même dans les cas d'engorgement utérin, de métrite, elles font disparaître ou diminuer les hémorrhagies, décongestionnent l'utérus et soulagent beaucoup les femmes.

Bien que ces faits soient connus depuis quelque temps déjà nous avons observé récemment un cas qui nous paraît des plus instructifs à cet égard et qui nous a vivement intéressé. Une jeune femme, nullipare, était atteinte depuis quatre à cinq ans d'une affection utérine qui lui rendait la vie très pénible (ménorrhagies, douleurs continues dans le bas-ventre, leucorrhée, etc.) ; deux médecins, dont l'un fort instruit, avaient essayé tous les traitements : cautérisations au nitrate d'argent, au thermo cautère, tampons secs, médicamenteux, bains de siége, ceinture hypogastrique, etc.), tout avait échoué. De guerre lasse, cette jeune femme vient en septembre dernier consulter un de nos maîtres qui constate l'existence d'une vaginite intense, avec métrite ulcéreuse du col ; le traitement conseillé consista simplement en des irrigations vaginales antiseptiques faites matin et soir, mais bien faites ; au bout de quelques jours cette jeune femme se sentit beaucoup mieux, ne souffrant plus, pouvant marcher sans fatigue, etc. En novembre toute trace d'ulcération du col, de vaginite, avait disparu; sans doute toutes les métrites ne seront pas aussi facilement amendées par ce traitement simple ; mais il sera souvent utile d'y avoir recours avant d'entreprendre un traitement, plus lucratif peut-être pour le médecin, mais certainement moins utile pour la femme. — La condition importante est que ces injections soient *bien faites*, la malade étant dans le décubitus dorsal, de manière à ce que le vagin soit bien irrigué.

III. De la dilatation permanente artificielle de l'utérus (1).

Notre excellent confrère, le Dr Toussaint (de Sèvres), vient d'étudier avec soin la dilatation permanente artificielle de l'utérus et ses applications au traitement des affections de cet organe.

C'est le manuel opératoire indiqué par M. Vulliet qui est généralement employé : la malade est dans la position génu-pectorale. Le col est découvert par une valve de Sims. Si le canal cervical est rétréci ou dévié, on en rétablit la direction ou le calibre par un traitement préalable. S'il est normal, on présente à son orifice un petit tampon de coton, que l'on fait passer dans la cavité en le poussant avec une sonde métallique.

Les tampons varient de la grosseur d'un pois à celle d'une amande et sont munis d'un fil ; ils ont été plongés dans une solution composée d'une partie d'iodoforme et de dix parties d'éther. On introduit ces tampons jusqu'à ce que la cavité utérine en soit bourrée, jusqu'à l'orifice externe; puis on les retire au bout de 48 heures. S'ils sont bien tassés, les parois cèdent : il se forme un espace libre dans lequel on place immédiatement un nombre de tampons plus considérable que la première fois.

En procédant ainsi par des tamponnements graduellement plus volumineux, il faut en moyenne huit à dix obturations pour que la cavité utérine arrive au degré de dilatation où elle est visible dans toute son étendue. Pour aller plus vite, il y a avantage à substituer de temps en temps aux tampons un fagot de tiges de laminaria.

Lorsqu'une inspection partielle suffit, à l'aide d'un spéculum spécial, construit par Mathieu, on peut voir la muqueuse sans que la dilatation ait été poussée aux limites extrêmes.

M. Toussaint ne pense pas que la position génu-pectorale soit nécessaire : la position ordinaire de la femme dans un examen au spéculum est le plus habituellement suffisante. D'autre part, il préfère aux tampons préparés dans une solution d'éther iodoformé de simples tampons de gaze iodoformée. — On confectionne de petits rouleaux de cette gaze sous forme de petits cylindres de 2 à 3 centimètres de longueur ; à la partie médiane du cylindre, on pose un fil auquel on donne une longueur suffisante ; à l'une des extrémités, on fait plusieurs tours avec un autre fil de façon à comprimer fortement l'un des bouts du rouleau, à le rendre plus consistant et à donner aux tampons ainsi juxtaposés une forme conique. A l'extrémité opposée se trouve l'orifice d'un petit canal dans lequel on peut introduire la tige métallique qui servira à pousser le tampon dans la cavité utérine.

Au point de vue du diagnostic des affections utérines, cette méthode rend de grands services en permettant l'exploration totale de la cavité utérine par le toucher et par la vue; elle constitue un mode de pansement très précieux et assure l'asepsie complète de la cavité utérine.

(1) Paris. Thèse, 1887.

Appliquée au traitement de l'endométrite chronique, elle rend de grands services employée seule ou combinée avec le raclage de la cavité utérine. Pour les corps fibreux, elle présente parfois certains avantages, surtout dans le cas où il n'y a pas indication d'une opération immédiate. — Dans les cas de cancer utérin, la méthode du Dr Vulliet constitue un traitement palliatif des plus efficaces des cancers inopérables.

Grâce à l'emploi de l'antisepsie, cette méthode est inoffensive et M. Toussaint a eu raison d'insister à nouveau sur son utilité dans nombre d'affections utérines.

IV. DE L'ANALGÉSIE CHLOROFORMIQUE DANS LES ACCOUCHEMENTS NATURELS (1).

C'est un plaidoyer énergique en faveur de la suppression de la douleur dans l'accouchement, que l'intéressante thèse de notre collègue le Dr H. Drouet : pour lui, à moins de contre-indication formelle (affection cardiaque, des voies respiratoires, etc.), il est toujours « permis de donner le chloroforme sur la simple demande d'une femme qui redoute les douleurs de l'accouchement ».

Drouet s'attache d'abord à démontrer qu'il est possible théoriquement de faire disparaître la douleur par la chloroformisation, tout en laissant persister les autres modes de sensibilité, ainsi que l'intelligence, et que la douleur est d'autant plus facile à faire disparaître que l'organe qui en est le siège est doué d'une sensibilité normale moins vive. C'est pourquoi les douleurs de la période de dilatation qui ont leur siège dans l'utérus (normalement peu sensible), doivent être plus facilement atteintes que celles de la période d'expulsion qui siègent dans des organes normalement plus sensibles que l'utérus.

Cliniquement l'analgésie obstétricale existe, elle est facile à réaliser : par la chloroformisation incomplète les douleurs irradiées disparaissent les premières, les douleurs de la période de dilatation sont supprimées ou du moins considérablement diminuées ; celles de la période d'expulsion sont également atteintes, mais plus difficilement. Toutes les sensibilités autres que la douleur persistent ; l'intelligence reste intacte ; ces particularités sont dues à l'intermittence des inhalations et à la persistance de l'effort.

Si sous l'influence de la chloroformisation il se produit au début un ralentissement qui ne tarde pas à disparaître, bientôt les contractions utérines se régularisent, l'effort persiste et dans la majorité des cas, la durée du travail n'est pas allongée.

La technique de l'analgésie obstétricale consiste à ne faire les inhalations que pendant la contraction utérine ; les doses doivent être extrêmement minimes ; il faut surveiller constamment la sensibilité cutanée qui doit toujours demeurer intacte.

Si la chloroformisation a été poussée involontairement trop loin, une ou deux contractions laissées sans chloroforme ramènent l'anesthésie au point obstétrical.

(1) Thèse Paris 1887. G. Steinheil, éditeur.

D'après Drouet, cette méthode analgésique est d'une innocuité parfaite : aussi n'entre-t-il pas dans la discussion des inconvénients et des dangers dont on a accusé le chloroforme obstétrical. La chose en eût cependant valu la peine : nous reviendrons à quelque jour sur cette importante question pratique du chloroforme dans les accouchements.

G. LEPAGE.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Assurance médicale contre la maladie.

L'*Association médicale mutuelle de la Seine* a tenu sa première assemblée générale dimanche dernier, présidée par M. le Dr *Gallet-Lagoguey* son très méritant fondateur.

Elle a, comme le savent nos lecteurs, pour but d'assurer à chacun de ses membres une indemnité de maladie de 10 fr. par jour, *aussi longue que soit cette maladie*. On verse 120 fr. de cotisation annuelle par versements mensuels de 10 fr. L'indemnité est due pour les affections dépassant 8 jours.

L'Association a été particulièrement heureuse en 1887, car elle n'a eu à payer *aucune* indemnité.

Elle compte 77 membres, dont 8 honoraires, MM. Moutard-Martin, Tillaux, Duguet, Richelot, Créquy, Damaschino, Péan, Galezowski, Worms.

Nous demanderons lundi au *conseil de direction* du Concours de consentir à ce que le *Concours Médical* devienne membre honoraire de l'Association.

Les critiques que nous avons adressées à l'organisation de M. Lagoguey, subsistent. Mais nous sommes trop les partisans de toutes les œuvres de prévoyance médicale pour ne pas leur donner notre appui, ayant la certitude de leur rendre service par la publicité que nous pouvons leur prêter et par les améliorations qu'elle peut amener à proposer.

La Société n'ayant payé que les frais d'organisation et d'administration, s'élevant à 732 fr., possède, à ce jour 6,663 fr., les recettes s'étant élevées à 7,400 fr. Nous souhaitons la continuation de la bonne santé de tous les participants et un rapide accroissement du nombre de ses membres.

Cet accroissement, auquel nous nous efforçons de contribuer, est le meilleur moyen de répondre aux craintes que l'on devrait éprouver, si le nombre des participants ne s'accroissait pas promptement. Que la société devienne société civile, au lieu d'être société de secours mutuels et elle pourra étendre son fonctionnement à tous les départements, comme notre *Caisse de pensions de retraite*.

A. C.

Exercice illégal de la pharmacie par le médecin.

Lorsqu'un docteur en médecine est poursuivi pour exercice illégal de la pharmacie dans le rayon légal où fonctionne une officine de pharmacien, il ne peut se plaindre que la Cour n'ait pas statué sur une prétendue exception tirée de la fermeture de cette pharmacie, s'il s'est borné, dans ses conclusions, sans en tirer conséquence juridique, à deman-

der à la Cour de dire que cette pharmacie ne peut être considérée comme ouverte.

Est suffisamment motivé l'arrêt qui, répondant à des conclusions prétendant que ce docteur aurait remis à un facteur des médicaments à porter à des personnes demeurant au dehors du périmètre dans lequel existe le privilège légal de cette pharmacie, apprécie que cette circonstance de fait n'est pas exclusive de l'infraction reprochée.

Tout en constatant que, dans certaines circonstances, un pharmacien a refusé de servir des médicaments aux clients d'un médecin, le juge du fond, sans se contredire, peut décider, souverainement, que l'infraction commise par le médecin a causé au pharmacien un léger préjudice évalué à une somme sans importance.

La cour de cassation (Ch. criminelle), se basant sur ces conclusions, a rejeté, dans sa séance du 29 décembre 1887, le pourvoi formé par M. le Dr Guillemin contre un arrêt de la Cour de Paris du 19 juillet dernier, qui l'a condamné, pour exercice illégal de la pharmacie, à trois jours de prison.

(*Journal de Médecine de Bordeaux*.)

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Cliniques chirurgicales de l'Hôtel-Dieu.

Par le Dr Paul Reclus, Professeur agrégé. Masson, Paris 1888.

Le volume de Cliniques publié par le Dr Reclus à la fin de l'année scolaire 1886-1887, au moment où il venait de suppléer, à l'Hôtel-Dieu, M. le Professeur Richet, est rempli de faits intéressants pour le praticien. On y trouve un grand nombre de renseignements utiles pour assurer un bon diagnostic et des procédés thérapeutiques simples, à la portée de tous. Le livre est divisé en neuf chapitres ; chacun de ceux-ci contient un certain nombre de leçons : il y en a une quarantaine.

Dans un premier chapitre, M. Reclus groupe quelques sujets de *pathologie chirurgicale générale*.

On pourrait y faire rentrer la leçon dans laquelle il expose la statistique de la clinique de l'Hôtel-Dieu durant l'année qu'il y a passée ; 231 opérations de toute gravité, 3 morts, ce qui donne 1.50 0/0 de léthalité. Beaux résultats obtenus par l'eau chaude, les pansements au sublimé et à l'iodoforme.

— M. Reclus proscrit l'intervention primitive, la recherche immédiate du projectile dans les *plaies par balles de revolver*, sauf quand il s'agit de réparer un dommage quelconque (artère du nerf divisé).

En règle générale, pour lui, il faut intervenir plus tard s'il survient des complications.

— Les injections d'éther iodoformé (méthode de Verneuil) sont la méthode de choix dans le *traitement des abcès froids*.

— La leçon sur la *suture des nerfs* est une étude critique sur les observations de cette nature publiées dans ces derniers temps. La suture primitive, la secondaire, la greffe nerveuse y sont tour à tour étudiées.

— *L'Eau chaude*, à 50° ou 55°, quelle que soit sa façon d'agir, donne d'excellents résultats dans le traitement des phlegmasies aiguës (phlegmons, panaris) ; elle modifie les vieux ulcères, les plaies de mauvaise nature, les accidents congestifs de l'hypertrophie de la prostate et des hémorrhoïdes.

— Cinq leçons viennent ensuite sur les *maladies chirurgicales de la peau et du tissu cellulaire*.

— *L'origine microbienne* du phlegmon diffus, l'hybridité de l'infection dans les formes érysipélateuse et gangreneuse, appellent un traitement énergiquement antiseptique.

— Le thermo-cautère, les lotions d'eau très chaude, les compresses de sublimé ont ordinairement raison *des anthrax les plus graves*.

— Le cancroïde, l'épithélioma évoluent d'une façon bien différente sur la peau et les muqueuses. L'extirpation au bistouri restera toujours l'opération de choix. Cependant le *traitement par le chlorate de potasse* donne des succès dans certaines formes bénignes de cancroïde cutané (crasses des vieillards) ; on peut l'utiliser dans le traitement de ces affections, chez les vieillards, les cachectiques, les inopérables à cause de la trop grande étendue des surfaces.

— Suit une observation de *Tumeur mélanique de la peau*, dans laquelle les récidives successives sont poursuivies énergiquement par le fer et le feu.

— Un malade se présenta à la clinique de l'Hôtel-Dieu porteur d'un grand nombre de petites tumeurs sous-cutanées, musculaires, viscérales ; elles s'énucléaient facilement ; leur structure était celle du sarcome fuso-cellulaire. Ce malade était un cas fort remarquable de *sarcomatose généralisée hypodermique et viscérale*.

III. — Quatre leçons sont consacrées aux *maladies des os*.

— La *Fièvre de croissance* peut présenter trois types, la forme aiguë rapide, aiguë prolongée, traînante. Les douleurs épiphysaires prolongées, peuvent à la hanche la faire confondre avec la coxalgie.

— L'*Ostéomyélite prolongée* peut se rencontrer sur les os courts, le tarse et le métatarse ; l'ablation de ses séquestres est suivie d'une bonne régénération osseuse.

— La destruction profonde par le *cautère actuel* est un des meilleurs traitements des *tuberculoses osseuses* localisées.

IV. — Des observations curieuses de *kyste dermoïde du plancher buccal* et de *tuberculose buccale* commencent le chapitre des *maladies de la bouche et du cou*.

— Les rapports du *canroïde et de la leucoplasie* des muqueuses sont certains ; la leucoplasie paraît être l'épine irritative qui provoque l'apparition du cancroïde.

— L'origine vasculaire des *kystes séreux congénitaux et uniloculaires du cou*, le traitement du lymphadénisme cervical par les arsenicaux font l'objet des quatrième et cinquième leçons de ce chapitre.

V. — Maladies du tube digestif et de ses annexes. Dans deux leçons sur les *perforations traumatiques de l'abdomen et de l'intestin*, M. Richer expose la doctrine qu'il a soutenue depuis un an à la Société de chirurgie. Les plaies de l'intestin, dit-il, par balles de petit calibre peuvent guérir seules ; la laparotomie ne doit pas être pratiquée comme méthode de choix.

Opérer à temps (laparotomie et suture de l'intestin), c'est opérer quand l'oblitération spontanée des orifices anormaux ne s'est pas accomplie et quand éclate la péritonite.

— Dans l'étranglement herniaire, l'intervention par la kélotomie doit être hâtive. Le taxis doit toujours être modéré. — Certains faits d'étranglement aigu survenu en quelques heures chez des malades atteints de ramollissement cérébral doivent rendre très circonspec t dans ces cas.

— Le toucher manuel intra-rectal peut rendre de réels services pour faire le diagnostic exact des tumeurs de la partie la plus élevée du rectum ou de la terminaison de l'S iliaque.

— Elève du Professeur Verneuil, M. Reclus fait ensuite un chaleureux plaidoyer en faveur de l'anus iliaque.

— Il adopte, dans le traitement des *kystes hydatiques du foie*, la méthode d'incision et d'extirpation remise en honneur depuis quelques années.

VI. — Passant en revue quelques affections de *la région ano-rectale*, l'auteur établit une utile distinction entre les abcès intra-sphinctériens et les extra-sphinctériens ; il se montre partisan avec beaucoup d'autres chirurgiens, de la méthode de Fayet, l'incision simultanée de l'abcès et de la muqueuse.

— Il établit ensuite une utile distinction clinique et

thérapeutique entre les hémorrhoïdes flétries, et les *molluscums fibreux ano-rectaux*.

VII.— A propos des *maladies de la mamelle* il nous donne une très bonne description d'une affection singulière, la *maladie kystique de la mamelle*, que beaucoup appellent la *maladie de Reclus*. Nodosités de volume varié, de nombre considérable, de contenu très variable, d'évolution bénigne sans récidive, tels sont les caractères typiques de l'affection ; ajoutons-y la bilatéralité. Une remarquable discussion établit la similitude indiscutable entre la maladie kystique et la maladie nerveuse dont une thèse récente (Phocas) a voulu faire une maladie spéciale.

— Les *abcès chroniques du sein* ne sont pas toujours d'un diagnostic facile ; la dureté, l'empâtement étendu, la résistance profonde, tels sont leurs caractères. Souvent ils ont une liaison avec la lactation, ils peuvent former des tumeurs énormes. Reclus en distingue trois formes :

a) Par ramollissement d'un noyau caséeux intra-mammaire.

b) Par inflammation et dilatation d'un conduit galactophore.

c) Par phlegmon chronique proprement dit.

VIII. — Dans les maladies de *l'appareil génital de l'homme*, il montre d'abord que l'hydrocèle n'est qu'une vaginalite séreuse ; que toutes les affections de la vaginale sont secondaires à des altérations latentes ou patentes de l'épididyme.

— La ponction avec injection iodée est toujours le procédé de choix dans le traitement de l'hydrocèle. L'incision est une excellente méthode dans des cas spéciaux (parois épaisses).

— Le *foyer tuberculeux du testicule* est un foyer superficiel, albuginique produit par ulcération destructive des parois des bourses.

— M. Reclus combat enfin la théorie, défendue par Fernet et Verneuil, de l'infection tuberculeuse par la voie génitale.

IX. — Dans les *maladies des membres*, nous trouvons une intéressante observation de kyste hydatique du pli de l'aine ; le diagnostic eût dû être basé sur la crépitation neigeuse toute spéciale révélée par le toucher.

— Suit une discussion sur la virulence du bubon chancrelleux.

— En terminant, signalons une leçon sur *l'ongle incarné*, dans laquelle l'auteur se montre partisan de l'arrachement total dans l'incarnation bilatérale et de la *méthode* de résection de la matrice de l'ongle mise en honneur par M. Quevin.

Tels sont les sujets multiples que M. Reclus a traités dans son volume de *Clinique*.

Le praticien y trouvera, dans un style attrayant, des renseignements pratiques sur un certain nombre de points importants de la pratique journalière de la clinique.

Dr BARETTE.

HYGIÈNE PUBLIQUE

Prophylaxie publique de la Syphilis. Protection des nourrices.

Nous extrayons des conclusions du rapport du Dr Fournier, à l'Académie, au mois de juin 1887, la dernière, relative aux *Bureaux de placement des nourrices*.

« L'Administration a la haute main sur les établissements de ce genre, depuis la loi du 23 décembre 1874. C'est elle qui leur confère ce qu'on appelle l'autorisation préalable, qui en surveille les agissements, les locaux, les conditions de salubrité, qui même y entretient un régistre-journal, « lequel doit être coté et paraphé à Paris et à Lyon, par le commissaire de police, et dans les autres communes par le maire », etc., etc. Ici donc, il suffirait d'un arrêté préfectoral pour interdire aux nourrices qui viennent se louer dans ces établissements d'accepter un enfant dont la santé ne fût pas garantie par un certificat médical. »

Eh bien, ne voilà-t-il pas précisément la solution que nous cherchons ? Nous ne voulons pas qu'un enfant soit confié sans garantie à une nourrice ; or, cette garantie, nous tenons un moyen de l'exiger, et de l'exiger non plus au nom de la nourrice), (les familles se moquent bien de la nourrice), mais d'une façon impersonnelle et bien plus imposante, c'est-à-dire de par une *formalité légale* à remplir.

En un mot, et pour préciser actuellement, nous demandons qu'un arrêté préfectoral complète, sous la forme suivante, les obligations auxquelles sont assujettis les bureaux de placement :

Nul n'est admis à prendre une nourrice dans un bureau de placement que sur la présentation d'un certificat médical garantissant la nourrice contre tout risque d'affection contagieuse qui pourrait lui être transmise par son nourrisson.

Et quant à la teneur dudit certificat, nous le voudrions conçu à peu près dans les termes que voici :

« *Je soussigné, Docteur en médecine, demeurant à ..., etc , certifie qu'il n'est pas à ma connaissance que les parents de l'enfant X.., auquel je donne mes soins depuis... (préciser l'époque), soient affectés d'aucune maladie héréditaire qui puisse être transmise à la nourrice chargée d'allaiter cet enfant.* »

Telle est du moins la formule à laquelle, non sans longues discussions et nombreux amendements, nous nous sommes enfin arrêtés et que nous vous proposons.

Or, qu'arriverait-il, si l'obligation d'un tel certificat venait à passer dans la pratique ?

D'abord, nous ne supposons pas un seul instant qu'il puisse jamais se trouver un médecin qui, connaissant l'état syphilitique d'une famille, délivre à cette famille un tel certificat, au mépris de ce qu'il sait être la vérité, au mépris de ses plus sacrés devoirs.

Nous ne voulons pas admettre davantage la coupable complaisance d'un médecin délivrant un certificat de ce genre à une famille jusqu'alors inconnue de lui.

De sorte que, privées du certificat médical *obligatoire*, averties à l'avance par leur médecin que ce certificat ne pourra leur être délivré, les familles syphilitiques, ou tout au moins bon nombre d'entre elles, aboutiraient à faire ce qu'elles devraient toujours faire, c'est-à-dire garder leurs enfants chez *elles et à les allaiter* au sein maternel.

On nous dira : « Mais ne voyez-vous pas que ces familles, ne pouvant trouver de nourrices dans les bureaux de la Préfecture, en chercheront ailleurs ? » Oui, sans doute, répondrons-nous, cela pourra se faire. Mais, d'abord, il est moins commode de se procurer une nourrice directement que d'aller en prendre une dans un bureau de nourrices, et cette seule difficulté arrêtera bien quelques familles. Puis nous avons un espoir, c'est que la protection conférée par le certificat médical attirera dans les bureaux un plus grand nombre de nourrices ; et peut-être même à la longue, les nourrices isolées, enhardies par l'exemple de leurs compagnes, en viendront-elles à réclamer pour elles la même garantie.

Toutefois, nous ne nous faisons pas illusion sur la portée et la valeur de notre moyen prophylactique. Ce moyen, nous ne le présentons pas comme une sauvegarde absolue et générale, loin de là. Nous ne vous le donnons que pour ce qu'il vaut. D'abord,

avons-nous dit, il ne s'adresse qu'à une certaine catégorie de nourrices. Puis, il n'est pas de ceux, comme nous venons de le voir, qu'avec un peu d'adresse on ne puisse éluder. Mais, enfin de compte, il ne sera pas inerte, il réalisera forcément, croyons nous, une certaine somme d'heureux résultats. Or, n'aboutirions-nous de par lui, qu'à diminuer de 40 0|0, de 30 0/0, le chiffre des contagions qui sont transmises aux nourrices par les nourrissons hérédo-syphiliques, ce sera là un résultat qui, bien qu'imparfait, n'est certes pas à dédaigner.

Somme toute, nous étions acculés à deux alternatives : ou bien ne rien faire, en laissant subsister l'état de choses actuel, et vous savez ce qu'il vaut ; ou bien tenter — comment dirai-je ? — un palliatif, une demi-mesure, un demi-moyen qui, tout en restant fort éloigné de la perfection, fût cependant susceptible de réaliser quelque bien, de constituer un progrès. Notre choix ne pouvait être douteux.

Tel est, Messieurs, le résumé des travaux de votre Commission.

Comme conclusion, permettez-nous, au terme de cet exposé, d'ajouter un dernier mot :

Ou votre Commission s'illusionne absolument, ou du débat qui ne peut manquer de surgir ici relativement aux grandes questions que nous venons d'agiter devant vous résultera quelque chose d'utile à la cause publique.

Jamais occasion plus solennelle n'a été offerte à la prophylaxie de la syphilis d'affirmer à la fois et son urgence, sa nécessité sociale, ses imperfections et ses lacunes actuelles.

Si nous pouvons quelque chose contre la syphilis, c'est le moment de le faire ou jamais. C'est le moment ou jamais de secouer la poussière du passé, d'abandonner les vieilles routines, et d'en finir avec les systèmes usés, vermoulus, impuissants, et de tenter un effort nouveau, effort conforme à l'esprit moderne, effort digne de l'hygiène et de la science modernes, effort pouvant être fécond en heureux résultats. » (Applaudissements.)

BULLETIN DES SYNDICATS

ET DE

L'UNION DES SYNDICATS

DIRECTEUR : Dr BARAT-DULAURIER

Syndicat médical de la Vienne.

Le Syndicat médical de la Vienne s'est réuni le 30 novembre sous la présidence du Dr Auché :

Etaient présents : MM. Bléhée, Buffet-Delmas, Brossard, Cibiel, Chédevergne, Charbonnier, Contancin, Dorvan, Dulin, Guillé, Gaudin, Jouet, Litardière (de Lussac), Litardière (de Vivône), Lusseau, Marsat, Mascarel, Piorry, (de Verrières), Piorry (de St-Georges), Ponteil, Poisson, Pion, Parquet-Labroue, Raguit, Robert, Roland, Violet, Yvonnet.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

M. le président fait observer que les lettres de convocation ont été envoyées sous enveloppe fermée, il en résulte une dépense que l'on pourrait diminuer en les adressant sous bandes.

Quelques membres pensent que ce mode d'envoi doit être conservé pour éviter que les lettres de convocation soient confondues avec les nombreux imprimés pharmaceutiques qui leur sont adressés et subissent le même sort. En outre, la poste est plus attentive pour les lettres que pour les imprimés qui peuvent subir des retards ou même n'être pas distribués.

Il est décidé que les lettres de convocation continueront à être envoyées sous enveloppes fermées.

Cet incident a pour conséquence d'appeler l'attention sur les réclamations d'honoraires par la poste.

Dans certains arrondissements les médecins peuvent faire présenter leurs notes sous enveloppes timbrées à 5 centimes. — Dans l'arrondissement de Châtellerault aucune formule n'est admise à bénéficier de cette faveur.

A Poitiers plusieurs médecins se sont servis d'imprimés ainsi libellés :

CABINET DE M. LE Dr

Rue N°

Poitiers, le

Doit M. pour soins donnés { Total / Reçu / Reste dû
— du au

L'un de ces imprimés ayant été intercepté et envoyé à la direction centrale des postes, il fut répondu : qu'ils ne pouvaient être considérés comme lettres, mais simplement comme imprimés et devaient être admis à bénéficier de l'affranchissement de ces derniers.

L'assemblée décide que le bureau du syndicat sera chargé de faire une démarche près le directeur des Postes de Poitiers pour obtenir une formule de recouvrement d'honoraires pouvant être adressée avec un affranchissement de cinq centimes.

L'incident est clos.

M. Guilhaud de Civray s'excuse, par lettre, de ne pouvoir assister à la réunion.

M. Gambier, ayant changé de département, prie le syndicat de le considérer comme démissionnaire.

M. le Président donne lecture de l'ordre du jour.

MM. Ardiltaux, Berland, Lagrange et Pouliot sont admis à faire partie du syndicat médical de la Vienne.

Dans la précédente séance, l'assemblée ayant décidé que les demandes d'admission devaient être d'abord adressées au Syndic du cercle, l'admission de M. le Dr Castaing est ajournée et sa demande renvoyée au cercle de Châtellerault.

Deux arrondissements n'étant pas représentés à l'assemblée générale, il est décidé que : lorsque le syndic ne pourra se rendre à la réunion, il déléguera son assesseur ou un membre du cercle.

Le syndic de Châtellerault annonce que le tarif des honoraires pour son arrondissement est terminé et qu'il est soumis à l'impression ; un exemplaire sera adressé à tous les membres du cercle.

De nouvelles poursuites sont exercées contre une rebouteuse, déjà condamnée à l'amende et à la prison ; une partie de cette dernière peine avait été remise par suite de l'intervention de M. Wilson.

Récemment la même rebouteuse traitait un homme atteint de fracture du péroné et d'entorse ; un lien en forme de 8, très serré, avait été appliqué autour du pied et de la jambe, avec défense d'y toucher avant 20 jours. Trois jours plus tard, le médecin appelé constatait un commencement de gangrène du pied avec coloration noirâtre, fourmillements, phlyctènes, insensibilité du gros orteil. — En présence de cette situation notre confrère s'est

demandé quelle conduite il devait tenir ; devait-il laisser le blessé dans cette triste situation ou intervenir ? C'est à cette dernière résolution qu'il s'est arrêté et les membres présents pensent qu'il a agi conformément au devoir médical et à l'esprit de la loi. — Toutefois, notre confrère a fait prévenir le syndic qui, avec deux autres membres du cercle, s'est transporté sur les lieux. Ces messieurs, après examen du blessé, ont adressé, au nom du syndicat, un rapport au Parquet qui a commencé une instruction.

Un autre individu était soigné, par cette même rebouteuse, pour une fracture de côte ; il a succombé à une pneumonie.

L'assemblée vote à l'unanimité des remerciements, à MM. les Drs Mascarel et Raguit pour l'énergie avec laquelle ils ont poursuivi la répression de la médecine illégale.

Un des membres du syndicat regrette que le *Concours médical* publie des lettres écrites par des médecins qui approuvent les manœuvres des rebouteurs.

M. le Président donne lecture de la lettre adressée à Mgr l'Évêque de Poitiers.

Mgr l'évêque a promis d'intervenir et d'écrire aux directeurs des Congrégations ; son accueil a été des plus cordial.

Depuis ce temps un confrère a été appelé près d'un malade de Clairvaux, sur les conseils de la sœur. Il en a été de même à La Puye et à Vicq.

Une discussion importante s'élève au sujet de l'exercice de la médecine par les sœurs.

Certains pensent que leur intervention chez les malheureux évite aux médecins des visites qui ne seraient pas rétribuées et console les familles.

Il est répondu à cette observation qu'il n'est pas de village qui ne soit traversé, une ou deux fois par semaine, par des médecins lesquels se feraient un devoir de visiter les malades pauvres.

De plus, ce ne sont pas seulement les malades pauvres que les religieuses soignent, mais elles vendent surtout des médicaments aux gens aisés.

Le meilleur moyen de détruire leur autorité médicale est de leur interdire la vente des médicaments. Le moyen d'y arriver serait d'établir la médecine cantonale, ainsi que cela existe dans plusieurs départements voisins.

M. le Président résume la discussion et l'assemblée décide qu'un comité sera chargé de dresser un rapport qui sera transmis au Conseil général.

La commission sera composée de MM. Auché, Pasquet-Labroue, Pion (membres du bureau) et de MM. Guilhaud (de Civray), Amirault (de Loudun), Guillé (de Montmorillon), Raguit (Châtellerault), Litardière Louis (de Vivonne), Lusseau, Buffet-Delmas et Roland (de Poitiers).

La discussion appelle : « décision à prendre sur les agissements médicaux de quelques pharmaciens. »

Deux ordres de faits leur sont reprochés : 1° Ils critiquent les ordonnances des médecins ; 2° Ils traitent les malades.

Sur ces deux chefs, des faits nombreux sont rapportés et les noms des auteurs cités.

Nous ne retiendrons que quelques exemples :

L'un des membres du syndicat est tout à fait habitué, lorsqu'il se trouve chez certains pharmaciens, à voir entrer des personnes qui, disent-elles, viennent prendre une consultation. Le médecin se retire discrètement et laisse le champ libre au *praticien* qui, en attendant son départ, a invité le client à s'asseoir.

Certaines familles ont une confiance absolue en leur pharmacien, non seulement pour la bonne qualité des médicaments, mais encore pour le diagnostic des maladies. Une mère voyant sa jeune fille indisposée depuis quelques jours la conduisit chez un pharmacien qui doctoralement déclara que « c'était la croissance » et qu'il fallait un petit purgatif. Quelques jours plus tard le médecin appelé constatait une fièvre typhoïde en voie d'évolution et remontant à plus de huit jours.

M. le Président demande quels sont les moyens que l'on croit propres à réprimer ces abus.

L'un des membres cite le fait d'un médecin de Ruffec qui, en venant s'installer, trouvait les deux pharmaciens tenant un cabinet de consultation : il les prévint par lettre, qu'il délivrerait des médicaments s'ils continuaient à vouloir soigner les malades.

Les pharmaciens ne tinrent aucun compte de ses observations ; mais, depuis ce temps, le médecin fournit les remèdes nécessaires à ses clients.

L'un des assistants fait observer que, tout d'abord, les médecins devraient s'abstenir de recommander certaines pharmacies à leurs clients.

A l'unanimité, l'assemblée décide qu'une circulaire sera adressée aux pharmaciens pour leur rappeler quels sont leurs devoirs envers le corps médical.

M. le Président donne lecture de la lettre d'un confrère qui sollicite l'intervention du Syndicat dans un procès qu'il a eu à soutenir contre l'Association des médecins de la Vienne. — Ce procès s'étant déroulé sans que le syndicat ait été appelé à émettre son avis, l'assemblée pense qu'il n'y a pas lieu désormais de s'interposer.

Quelques confrères émettent le vœu que l'une des réunions du syndicat (celle du banquet) ait lieu chaque année dans un arrondissement différent. Cette proposition est renvoyée à l'ordre du jour de la prochaine séance.

La séance est levée à 4 h. 1/2.

Le secrétaire, Dr PION.

NOUVELLES

Association pour l'avancement des sciences.

L'*Association* a institué, au *palais des Sociétés Savantes*, 28, rue Serpente, des conférences hebdomadaires. Samedi dernier, M. le professeur VERNEUIL les a inaugurées par une brillante improvisation sur le Tétanos. Il a su rendre ce sujet médical attrayant pour son auditoire très nombreux et qui comptait un grand nombre de dames.

M. VERNEUIL a émaillé son sujet de nombreuses anecdotes que lui fournissait sa merveilleuse mémoire. Sa conférence peut se résumer ainsi : *Il y a Tétanos, cherchez le cheval.* Il croit au microbe du tétanos qu'on est parvenu à inoculer, en employant le pus recueilli dans le voisinage de la plaie.

M. NOCARD inocule le tétanos à l'aide de casseaux ayant servi à la castration des chevaux morts de tétanos et, au contraire, il échoue en inoculant le sang et la moelle de l'animal. La résistance du contage aux causes de destruction est très grande et les épidémies de clientèle sont le fait involontaire de la transmission par instruments, ustensiles, mains de l'opérateur. M. Nocard recommande la désinfection, l'antisepsie la plus énergique pour empêcher la transmission du tétanos aux chevaux et aux hommes.

L'éminent professeur a pendant une heure et demie tenu ses auditeurs dans le charme. C'est un beau début pour les conférences de l'Association. H. C.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX frères, place St-André, 3.

Dixième année N° 5 4 Février 1888

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE :

COMITÉ DE PROTECTION

[d]es familles des médecins victimes du devoir professionnel.

Le *Conseil de direction* du Concours médical [s']est réuni, le lundi 30 janvier dans l'après-midi. Il [s']est occupé des affaires courantes ; le procès-ver[ba]l de la séance sera publié prochainement. Le soir, [M]. le Dr Maurat, secrétaire du conseil, et le direc[te]ur, assistaient à la première réunion du Comité de [pr]otection.

Le Comité avait été en effet convoqué par MM. [T]héophile Roussel, Cuvinot et Franck-Chauveau, [sé]nateurs, et par le directeur du Concours à l'Hôtel [du] Lion d'Or, où un banquet d'inauguration réunis[sa]it à peu près tous les membres.

Composition actuelle du Comité.

Dans le Comité les Chambres sont représentées [pa]r MM. Théophile Roussel, Cuvinot et Franck-[C]hauveau, sénateurs ; MM. Farcy, Jules Steeg, dé[pu]tés. La Faculté, l'Association générale et l'Asso[cia]tion de la Seine, par MM. Brouardel et Grancher; [l'A]cadémie, par M. Dujardin-Beaumetz, médecin [de]s hôpitaux ; la médecine militaire, par M. Léon [Co]lin, médecin-inspecteur ; la médecine vétérinaire [pa]r M. Nocard, directeur de l'école d'Alfort ; la mé[de]cine navale, par M. Hyades, médecin chef de l'es[ca]dre de l'Océan ; l'école de Pharmacie, par M. [M]aslaing, professeur agrégé ; le Concours médical [pa]r le Directeur et le Dr Maurat ; l'Union des syn[dic]ats médicaux par le Dr Gibert, son président [d'h]onneur ; la presse médicale par MM. Laborde, de [la] *Tribune* et Lereboulet de la *Gazette hebdo[ma]daire* ; les grandes administrations publiques, [pa]r MM. Magnier, administrateur aux finances, Henri [Mo]nod, directeur de l'Assistance publique; à l'inté[rie]ur, Nicolas, conseiller d'Etat, directeur du com[me]rce.

S'étaient excusés à cause d'engagements antérieurs: M. le Professeur Grancher qui recevait chez lui, ce jour-là, les internes et les externes de son service ; M. Dujardin-Beaumetz qui a pris la peine de venir à la réunion dans la soirée et MM. Franck-Chauveau et Laborde, retenus par une indisposition qui, nous l'espérons, sera de courte durée.

Le Comité fera appel à de nouvelles adhésions.

M. *Théophile Roussel* précise le caractère de l'œuvre et le but de la réunion en quelques mots très applaudis.

Il expose l'objet de l'œuvre et il recherche les voies et moyens pour venir en aide aux intéressantes familles des médecins qui succombent en faisant tout leur devoir, plus que leur devoir. Il rend hommage à ces nobles victimes et constate que lorsqu'elles succombent, la société a des devoirs spéciaux à remplir vis-à-vis des familles de ces infortunés.

Le *Directeur du Concours* remercie les membres de la réunion, au nom du corps médical, d'avoir consenti à sacrifier leur temps à une bonne œuvre et à prêter l'appui de leur influence à de malheureux deshérités. Il remercie spécialement l'éminent sénateur, car M. Roussel arrache à la mort une foule de jeunes existences, par sa loi de protection, grâce au dévouement et aux sacrifices des médecins inspecteurs; et il a voulu compléter sa loi bienfaisante en s'associant à une œuvre de protection médicale.

Sur la proposition de M. *Henri Monod*, il a été reconnu nécessaire, en vue de la déclaration possible d'utilité publique, de rédiger les statuts en conformité des exigences du conseil d'État. M. *le Commandant Farcy* a raconté, d'une façon très spirituelle, les diverses phases de son projet de loi relatif aux sauveteurs, parmi lesquels il avait tenté de faire comprendre les médecins. Son projet de loi, adopté à l'unanimité par la Chambre, fut repoussé par le Sénat. M. Farcy ne désespère pas de le reprendre, avec succès, lorsque les circonstances budgétaires seront plus favorables.

M. *Brouardel* a insisté sur la nécessité de join-

dre à l'influence sociale exercée en faveur des pupilles du comité, l'assistance pécuniaire. En effet, dans les cas urgents et en attendant que la protection des membres du Comité puisse procurer aux veuves et aux enfants des situations en rapport avec leur âge, leur degré d'instruction, leur situation sociale au moment de la mort du chef de famille, il était indispensable de pourvoir au plus pressé ; surtout dans le cas où la victime ne ferait pas partie des *Associations* de la *Seine*, de l'*Association générale* et autres sociétés médicales.

Le Directeur du Concours a fait entrevoir la possibilité d'obtenir la faculté d'émettre, en faveur du corps médical, *qui n'a jamais rien demandé*, comme l'a dit M. Beaumetz, des bons analogues aux bons de la Presse et aux bons de liquidation des anciennes loteries.

M. *Jules Steeg* a constaté, qu'en ce moment, l'émission de bons était l'objet d'une réglementation spéciale et qu'on devrait s'inspirer des circonstances.

Divers membres ont appuyé la motion de créer des ressources par des souscriptions permanentes ou annuelles, ainsi que cela se pratique pour les œuvres de bienfaisance en général. Les statuts devront prévoir cette organisation.

M. *Cézilly* a donné lecture d'une partie de la circulaire ministérielle de M. *Constans*, ministre de l'intérieur qui repoussait en 1875 la pétition d'un grand nombre de médecins, réclamant des pensions en faveur des veuves et enfants des médecins morts victimes des épidémies. Mais le ministre ajoutait que l'appui de son ministère et celui de ses collègues serait sûrement acquis à toute œuvre *d'initiative privée* telle que celle du comité en organisation.

En somme, il s'est dégagé de la réunion l'idée de donner à l'œuvre des bases très larges. Elles lui permettront, au moins dans l'avenir, une grande extension et une efficace protection des victimes du devoir professionnel.

En conséquence, MM. *Henri Monod*, *Jules Steeg*, *Lereboulet* et *Cézilly* se réuniront, au ministère de l'intérieur, le samedi 6 février, pour rédiger des statuts qui seront rendus définitifs dans une nouvelle séance du Comité.

LA SEMAINE MÉDICALE

Applications thérapeutiques de l'acide borique.

L'acide borique est un corps qui rend et rendra de plus en plus de grands services. Il offre des avantages multiples. Il est antiseptique, il n'a ni goût désagréable, ni odeur, ni causticité, et sa toxicité est insignifiante. M. *Gaucher* (1) a expérimenté le pouvoir toxique de l'acide borique en en faisant ingérer quotidiennement 50 centigrammes à des cobayes, pesant environ 300 grammes ; ces animaux n'ont succombé qu'après 11 et 14 jours.

Toute proportion gardée, il faudrait donc une dose quotidienne de 75 grammes pour empoisonner un homme adulte.

M. Gaucher a appliqué avec un succès constant l'acide borique au traitement de l'impétigo, ainsi que nous le disons plus loin dans notre article dermatologique.

Il a signalé en outre un cas de guérison d'une tuberculose cutanée probable par la même pommade borique. Il s'agissait d'une petite fille de 4 ans atteinte depuis l'âge de 8 mois d'ulcérations consécutives à des nodosités cutanées. Ces lésions ressemblaient assez par leur évolution et leur aspect à des ulcérations tuberculeuses pour que M. Gaucher se considère comme certain du diagnostic, malgré l'absence d'examen bactériologique.

M. Gaucher rappelle à ce propos qu'il y a peut-être une parenté éloignée entre l'impétigo et la tuberculose. M. Grancher, après avoir fait de nombreuses inoculations d'impétigo à des animaux, n'a réussi pourtant qu'une fois, il est vrai, à rendre un cobaye tuberculeux, en inoculant non seulement le pus, mais le produit de râclage du fond de l'ulcération.

M. Grancher pense néanmoins que le micro-organisme de l'impétigo est distinct de celui de la tuberculose.

Frappé par ce cas de guérison d'une ulcération tuberculeuse par l'acide borique, M. Gaucher, certain d'ailleurs de la toxité insignifiante de ce corps, l'a donné à l'intérieur à plusieurs tuberculeux de l'hôpital Cochin aux doses de 0,50 centigr. à 1 gramme par jour. Il a vu disparaître chez plusieurs phtisiques avancés la fétidité des crachats qui devenaient plus fluides. Deux fois même l'état général s'améliora, dans un cas les signes stéthoscopiques même s'amendèrent. Jamais le médicament ne causa le moindre trouble gastro-intestinal.

M. Gaucher cite encore deux cas de phthisie soignés en ville et améliorés par l'emploi interne de l'acide borique.

L'acide borique s'élimine facilement et rapidement par les urines. De là une source de nouvelles applications thérapeutiques. Les chirurgiens se servent avec avantage depuis assez longtemps de solutions boriquées pour laver la vessie des malades atteints de cystite. M. Gaucher a pensé obtenir des avantages équivalents en donnant l'acide borique à l'intérieur à la dose de 1 gramme par jour à des vieillards atteints de cystite et d'hypertrophie de la prostate. Les urines, qui étaient troubles et chargées de muco-pus, se sont éclaircies. Plusieurs chirurgiens avaient administré le borate de soude pour des cas analogues, mais l'acide borique présente l'avantage de n'être pas astringent.

Le traitement de la fièvre typhoïde par bains froids.

Cette question, qui a suscité tant de controverses il y a quelques années, vient d'être reprise par M. *Juhel-Rénoy*. On sait que la méthode de Brand, après avoir été essayée par quelques médecins des hôpitaux de Paris, a été abandonnée, tandis qu'elle a été adoptée par tous les médecins de Lyon.

M. Juhel-Rénoy vient protester contre le dédain injuste du corps médical parisien des hôpitaux pour le traitement de la fièvre typhoïde par les bains froids.

Il a dans une récente épidémie de fièvre typhoïde traité en quatre mois à la Pitié 43 typhiques par la réfrigération systématique et a obtenu des succès équivalents à ceux qu'ont fournis Brand en Allemagne, Bouveret et Tripier au nom du corps médical lyonnais.

(1) Société des hôpitaux, 17 janvier.

Sur ses 43 typhiques, M. Juhel-Rénoy n'a perdu que trois malades; soit une mortalité de 6,98 pour 100.

Brandt a obtenu 7,4 pour 100. Bouveret et Tripier 8,5 pour 100. La statistique de Brandt porte sur 8141 cas.

Dans l'armée allemande, où la méthode de Brandt est réglementaire, on a vu la mortalité abaissée à 5,5 et même 1,8 pour 100, chiffres humiliants pour nous.

On a reproché à des statistiques si favorables d'avoir compris des cas d'embarras gastriques parmi les fièvres typhoïdes. Dans sa statistique personnelle, M. Juhel-Rénoy n'a admis que des fièvres typhoïdes authentiques, et même très graves.

Les trois malades qui ont succombé sont morts dès les premiers jours ; c'étaient deux alcooliques, renforcés qui ont eu des perforations intestinales, et une femme enlevée par l'intensité de l'infection. Sur les 40 malades qui ont guéri, il y avait 14 cas très graves, 9 sévères, 10 moyens, 9 légers. Leur traitement a exigé 2,795 bains, environ 65 par malade.

La méthode des bains froids ne favorise nullement les hémorrhagies, les complications pulmonaires et la syncope, comme on l'en a accusé. Le typhique traité par l'eau froide a toujours la langue humide, il n'a jamais de stupeur, il a retrouvé le sommeil, il n'a qu'une diarrhée modérée, ses urines sont abondantes et claires.

Les malades n'opposent jamais de résistance à ce traitement, dont l'installation matérielle est très simple. M. Juhel-Rénoy a baigné sans accident deux femmes typhiques enceintes et les autres femmes pendant leurs règles, et tous ses malades sans distinction d'âge depuis 7 ans jusqu'à 50 ans. Deux fois seulement chez des cardiaques il a employé le bain refroidi suivant la méthode de Ziemssen.

La seule contre-indication au bain froid est la perforation et la péritonite.

Le bain froid abrège la convalescence, ce qui est un avantage de plus avec l'encombrement actuel de nos hôpitaux. « Je prie donc, conclut M. Juhel-Rénoy mes collègues de tenter encore l'application méthodique des bains froids, méthode qui a été introduite en France par Jacquez, de Lure. On restreindra ainsi l'impôt si lourd que la fièvre typhoïde fait payer aux classes nécessiteuses de Paris et surtout à toute cette population qui boit une eau dont le rôle nocif n'est plus à démontrer. Je veux espérer qu'il en sera bientôt de même du rôle curateur du bain froid et qu'on pourra dire que « ce que l'eau fait, l'eau le défait ». A la suite de la communication de M. Juhel-Rénoy, une discussion s'est engagée.

M. *Dujardin-Beaumetz* a opposé plusieurs critiques au plaidoyer de M. Juhel-Rénoy. Le bain froid, loin de produire une diminution de calorique, augmente les combustions organiques, comme l'a démontré M. Quinquaud. Ce qu'il a d'utile, c'est son action tonique et antinerveuse, les bains tièdes ont les mêmes avantages sans avoir les mêmes inconvénients.

Dans la fièvre typhoïde existent souvent des altérations cardiaques, myocardites infectieuses, et vasculaires qui expliquent la mort subite des malades soumis au bain froid.

Le bain froid à 17° est douloureux pour des malades qui ont 40° et 41°, quoi qu'en dise M. Juhel-Rénoy.

Le personnel et le matériel sont plus compliqués que ne l'a dit M. Juhel-Rénoy. M. Beaumetz ne pourrait matériellement l'appliquer dans son service.

La méthode de Brandt ne transforme la fièvre typhoïde en maladie bénigne qu'à la condition d'être appliquée dès le début. Or le plus souvent dans les hôpitaux, les malades ne nous arrivent que le huitième jour.

Quant à ceux qui apportent des statistiques si belles, on peut leur rappeler le mot de Forget : « La statistique est une bonne fille qui se livre au premier venu. » M. Beaumetz, sans les bains froids, a des statistiques presque aussi belles que celles de M. Juhel-Rénoy ; M. Bouchard en a de plus belles encore, et M. Pécholier a dit qu'avec les bains tièdes on ne perdait jamais un malade.

D'ailleurs la méthode de Brandt n'a pas encore fait beaucoup d'adeptes en Europe en dehors de l'Allemagne, de l'école Lyonnaise, et de quelques médecins italiens.

M. *Féréol*, après avoir fait quelques essais de la méthode de Brandt, y avait renoncé par défaut de personnel et à la suite de quelques insuccès. Mais il pense que, si les statistiques des médecins lyonnais sont exactes, il y aurait lieu de reprendre la question.

M. *Hayem* reproche à la méthode de Brandt d'être purement empirique et de rappeler les procédés thérapeutiques du vieux temps. Elle est systématique et exclusive. On peut obtenir les mêmes effets sthéniques avec les lotions froides, le drap mouillé, la réfrigération progressive, les toniques, l'alcool, etc.

Tant qu'on n'aura pas trouvé le médicament spécifique contre la fièvre typhoïde, le mieux est de la traiter suivant les indications ; c'est ce que fait M. Hayem. La quinine seule peut être considérée comme ayant une action médicamenteuse spéciale ; en dehors d'elle, il n'y a que l'expectation.

M. Juhel-Rénoy réplique que, avec un infirmier supplémentaire et trois baignoires, il a pu donner des bains froids à tous ses typhiques ; les difficultés matérielles ne sont donc pas insurmontables.

Ses statistiques sont irréfutables. Sur les 50,000 cas rapportés par Bouveret, la mortalité atteint à peine 8 % au lieu de 14, 15 et 19 % (chiffre indiqué par M. Jaccoud pour les traitements usuels). A l'hôpital de la Croix-Rousse les mêmes médecins qui avec les méthodes anciennes avaient une mortalité de 22 %, ont obtenu 16,5 % avec les bains tièdes, et 7,5 % avec les bains froids.

La méthode des bains froids, imposée à l'armée allemande, a ramené la mortalité à 10 %, et compte encore des partisans nombreux en Suisse.

Les maladies de l'estomac et la recherche de l'acide chlorhydrique

M. *Dujardin-Beaumetz* a répondu à la communication faite par M. G. Sée dans la précédente séance. M. Sée a parlé un peu légèrement des recherches faites antérieurement aux siennes sur ce sujet. Avant l'apparition de la phloroglycine-vaniline, M. Debove, M. Lépine, M. Quinquaud, M. Beaumetz avaient recherché l'acide chlorhydrique avec divers réactifs. Mais l'absence de l'acide chlorhydrique libre dans l'estomac, considérée pendant quelque temps par les Allemands comme un symptôme exclusif du cancer de cet organe, a perdu aujourd'hui cette signification précise, car on l'a constatée dans bon nombre d'affections, entre autres dans la dilatation stomacale. Réciproquement,

on a vu des cas de cancer de l'estomac dans lesquels on pouvait retrouver de l'acide chlorhydrique libre dans l'intérieur de cet organe pendant toute la maladie et jusqu'à la mort du malade.

Pour ce qui est des autres affections stomacales, ce serait s'illusionner que de considérer la recherche de l'acidité gastrique et de sa nature comme pouvant servir de base à une thérapeutique rationnelle. Bien des causes, en dehors de la digestion, viennent modifier la production de l'acide du suc gastrique : ce sont d'abord les fonctions de la peau et il suffit de sueurs très abondantes pour faire diminuer cette acidité ; puis ce sont les fonctions des reins et les perturbations nerveuses qui modifient avec une extrême rapidité l'acidité du suc gastrique.

Chez les femmes, l'apparition des règles est encore une cause d'erreur, car elle amène une diminution dans l'acidité de ce suc.

Je crois donc, conclut M. Beaumetz, que la chlorhydrothérapie ne repose que sur des bases bien fragiles.

Dans sa communication, M. G. Sée est revenu sur la définition qu'il a donnée de la dyspepsie, maladie qu'il considère comme une perturbation apportée aux actes chimiques de la digestion stomacale.

Notre collègue maintient plus que jamais cette définition exclusive et veut que les dyspepsies gastro-intestinales ne soient que des opérations chimiques défectueuses.

Pour ma part, je crois que ce mot dyspepsie doit disparaître et ne doit plus constituer qu'un symptôme au même titre que le vomissement, par exemple, et qu'il nous faut abandonner cette conception toute théorique d'une entité morbide : « dyspepsie. »

M. G. Sée a naturellement maintenu la valeur des propositions qu'il avait émises dans la précédente séance.

M. C. Paul a protesté contre le dédain de M. Sée pour le signe de Rommelaëre ; pour lui, si la diminution considérable de l'urée dans l'urine d'un malade qui continue à s'alimenter n'est pas un signe absolu de cancer, c'est du moins un signe fréquent.

M. Laborde maintient toujours que l'estomac contient à l'état normal de l'acide lactique et non de l'acide chlorhydrique.

DERMATOLOGIE PRATIQUE

Importance de l'antisepsie en dermatologie. — Traitement de l'impétigo, du pityriasis versicolor, de l'ecthyma, des sueurs fétides. — Soins de la peau des diathésiques.

Il existe à la surface du corps des microbes de tout genre. Si beaucoup d'entre eux sont indifférents, n'oublions pas que tous les microbes pathogènes peuvent se trouver à un moment donné en contact avec nos téguments, les micrococques vulgaires de la suppuration comme les agents infectieux les plus spécifiques, et que tous ces ennemis qui rôdent autour de la place sont prêts à y pénétrer dès qu'une brèche accidentelle s'y fera.

Il est donc indispensable de réaliser aussi souvent et aussi complètement que possible l'asepsie des téguments. La propreté minutieuse confine à l'antisepsie, qui devient indispensable dès que perte de substance la plus minime se produit un point quelconque de l'enveloppe cutanée. To médecin attentif devra donc recommander à s clients de soumettre soigneusement à l'antisep prophylactique certaines fissures ou érosions d téguments en apparence insignifiantes, qui peuve servir de portes d'entrée à des maladies commun ou rares, érysipèle, tuberculose ou syphilis, mor charbon ou chancre simple, endocardite septiqu etc., etc.

Les lavages répétés avec des solutions acti d'acide phénique, d'acide borique ou thymique, de sublimé, l'occlusion des plus petites érosions p le collodion iodoformé, etc., sont des précautio particulièrement indispensables dans certaines p fessions.

Pour faire l'asepsie quotidienne relative de peau, les solutions dépourvues d'odeur, ou ay une odeur agréable, sont de rigueur.

Celles d'acide borique à 3 et 4/100 remplissent première condition.

En voici une qui répond à la seconde :

Acide thymique.........	1 gramme.
Alcool à 90°............	4 grammes.
Eau distillée............	995 —

Voici une formule de savon antiseptique à l'ac borique proposée par M. Hélot (de Rouen) :

Acide borique...........	15 grammes.
Crème de savon des parfumeurs.............	90 grammes.

Mêlez intimement.

Pityriasis versicolor.

Le parasite de cette dermatose est le micros ron furfur. Ce végétal est d'une vitalité médioc puisqu'il suffit de quelques applications antisep ques pour en venir à bout. Voici une lotion que Besnier emploie :

Bichlorure de mercure........	0 gr. 25 cent
Eau distillée.................	125 gr.

Faites dissoudre. Lotionnez la peau après l'av frottée avec du savon ponce.

La pommade suivante, formule de M. Har peut être appliquée dans l'intervalle des lotions

Soufre sublimé............	9 grammes
Axonge....................	80 —

Mêlez.

Impétigo.

Tilbury Fox, en 1864, aurait le premier sign la contagiosité de l'impétigo. Wooster Beach, 1883, a décrit une épidémie d'impétigo dans quelle 40 ou 50 personnes avaient été atteintes

Parmi les médecins d'enfants, qui voient plus cas d'impétigo que tous leurs confrères, M. J. mon a toujours enseigné que l'impétigo est con gieux, se basant sur ce qu'il le rencontrait en mê temps chez la mère et chez l'enfant, ou chez p sieurs enfants d'une même famille.

M. Edm. Chaumier (du Grand-Pressigny) a au Congrès de Blois, en 1884, une communicati sur une maladie à manifestations multiples, ma die contagieuse, inoculable, épidémique, dont manifestations sont si différentes les unes des tres qu'on les a prises jusqu'aujourd'hui pour tant de maladies : l'impétigo avec toutes ses f mes, la tourniole, et certaines vésicules pemp goïdes, le panaris, le furoncle, la pustule conjo

tivale, sont les principales expressions de cette maladie, — qui n'a pas de nom jusqu'à présent, M. Chaumier laissant à d'autres le soin de la baptiser. — M. Chaumier incline à ne pas faire de distinction entre l'impétigo contagiosa et l'eczéma impétigineux si fréquent derrière les oreilles des petits enfants. L'impétigo granulata lui semble aussi de même ordre, bien qu'on l'ait en général considéré comme provoqué par les poux. Il en rapproche certaines desquamations de la peau et surtout du cuir chevelu, où le mélange des poussières, de la séborrhée et des écailles épidermiques, donne lieu à une calotte plus ou moins parcheminée. La conception de M. Chaumier est certainement intéressante, et elle s'appuie sur des faits cliniques bien observés, réserves faites au sujet de l'impétigo granulata et de la séborrhée. La contagiosité des tournioles est attestée par l'observation. Tout récemment M. Aubry (*Lyon méd.* 1886) a constaté que dans une école 12 enfants et la maîtresse, dans la même classe, furent atteints successivement de tournioles ; dans le pus de celles-ci, M. Aubry a trouvé des staphylocoques et streptocoques

Impétigo, tournioles, panaris, furoncles, etc., sont des lésions causées toutes peut-être par les micrococques de la suppuration. Mais il se peut aussi que les diverses manifestations dont parle M. Chaumier, ne soient pas causées par le même parasite. Tant d'agents infectieux sont répandus à la surface des téguments et n'attendent pour manifester leur virulence que l'occasion de franchir l'épiderme ou de s'introduire dans les glandes. L'impétigo et les lésions de grattage qui l'accompagnent ouvriraient la porte aux microbes pyogènes de la tourniole, du panaris, du furoncle ; il faut peut-être voir dans la coexistence de ces diverses manifestations chez les mêmes sujets un exemple de ces infections complexes, si fréquentes en bactériologie, et dont nous avons parlé déjà à propos des angines.

Quoi qu'il en soit, voici un traitement de l'impétigo basé sur l'antisepsie qui réussit toujours à guérir les enfants rapidement, et qui a été institué à la Clinique des Enfants Malades par M. Ern. Gaucher, médecin des hôpitaux, à qui M. le professeur Grancher a confié la direction du service dermatologique. On applique d'abord pour faire tomber les croûtes, des cataplasmes de fécule de pommes de terre refroidis, arrosés d'eau boriquée. On enduit ensuite la surface rouge et suintante mise à nu avec le topique suivant :

Glycérolé d'amidon..........	30 gram.
Acide borique..........	3 gram.

Les traitements de M. E. Besnier et de M. Vidal ont aussi l'antisepsie pour base.

M. Vidal fait tomber les croûtes avec le cataplasme de fécule ; on lave ensuite la région malade avec une solution antiseptique, eau de baryte ou eau-de-vie camphrée diluée. Sur chaque pustule impétigineuse, on applique un petit morceau d'un emplâtre rouge contenant du minium et du cinabre, qui doit être changé chaque jour au moment où on fait la lotion.

M. E. Besnier fait laver au début avec l'eau boriquée à 1/50, puis recouvrir de huit ou dix doubles de tarlatane imbibée d'eau boriquée et de taffetas gommé. Quand la dermite pustuleuse commence à s'apaiser, on ajoute un peu de sublimé à l'eau boriquée; enfin on recouvre les pustules d'un emplâtre agglutinatif dont voici la formule :

Onguent de Vigo............	5 gram.
Acide borique................	1 gram.
Vaseline.....................	30 gram.

Étendre sur une toile fine.

Ecthyma.

Les lésions pustuleuses de l'ecthyma simple, non spécifique, contiennent certainement des microbes.

M. Vidal a démontré, en 1872-73, que les pustules d'ecthyma de la fièvre typhoïde et d'ecthyma simplex sont auto-inoculables, que les pustules obtenues par inoculation ont une marche identique à celles qui étaient survenues spontanément, qu'elles peuvent à leur tour donner naissance par inoculation à d'autres pustules : mais le pouvoir reproducteur a paru aller en s'affaiblissant, au point d'être nul à la 3e ou 4e génération.

Nous ne connaissons pas de meilleur traitement pour l'ecthyma que de lotionner, après la chute des croûtes, la région envahie avec une solution d'acide borique ou de sublimé, puis de recouvrir en permanence chaque pustule d'une rondelle d'emplâtre mercuriel de Vigo ou d'emplâtre rouge de M. Vidal, dont voici la formule :

Emplâtre diachylum..	27 gr.
Minium.....................	2 gr. 50.
Cinabre...................,	1 gr. 50.

Sueurs fétides.

La bromhydrose est, dans certains cas, la conséquence de la présence de microbes analogues à ceux de la putréfaction. On a trouvé des micro-organismes dans la sueur des espaces interdigitaux des pieds chez les individus atteints de cette affection.

L'emploi des antiseptiques donne les meilleurs résultats dans le traitement de cette infirmité. Les lavages fréquents avec des solutions boriquées, thymolées, chaudes, l'application de poudre fine de salicylate de bismuth et d'acide benzoïque réussissent souvent à débarrasser les malades.

Le docteur Debout, expérimentant sur les soldats d'un bataillon de chasseurs à pied, a obtenu des succès rapides en faisant mettre dans les chaussures des hommes une poudre ainsi composée : à deux parties de plâtre saturé, desséché et pulvérisé on ajoute une partie de plâtre anhydre. La poudre ainsi obtenue est absorbante par le plâtre anhydre et grâce au plâtre éteint ne durcit pas et ne fait pas corps dans la chaussure. 95 parties de cette poudre sont additionnées de 3 à 5 parties de coaltar (goudron de houille) ou de goudron de bois.

Dans l'armée allemande on a employé avec succès la poudre suivante :

Acide salicylique	3 gr.
Amidon	20 gr.
Talc en poudre	87 gr,

On peut employer l'acide phénique en lavages, l'acide salicylique ou borique, la poudre de tanin.

Nous avons eu de bons résultats en faisant laver les pieds matin et soir avec une solution alcoolique d'acide thymique et en faisant saupoudrer ensuite les espaces interdigitaux avec un mélange de salicylate de bismuth et d'acide borique à parties égales.

Les succès qu'a signalés M. Armaingaud, par les injections hypodermiques de nitrate de pilocarpine, faites tous les deux jours dans un point quelcon-

que du corps à la dose de 2 à 4 centigrammes, s'expliquent-ils par une action antiseptique ou par les modifications dans la quantité de la sécrétion sudorale ?

L'enveloppement des pieds dans des bandelettes de sparadrap ou les onctions avec l'onguent diachylum, qui ont réussi dans certains cas à faire disparaître la fétidité de la sueur, agissent probablement en soustrayant les régions humides au contact des germes que l'air y peut apporter et qui font fermenter les produits de sécrétion.

Nous citerons aussi comme méritant d'être expérimenté un traitement publié par M. le docteur Legoux, d'Albert (Somme), qui lui doit plusieurs succès (1). Après avoir pris pendant deux jours des bains de pieds froids dans de l'eau de feuilles de noyer, le malade badigeonne matin et soir ses pieds avec un pinceau trempé dans la mixture suivante :

Perchlorure de fer liquide	30 gr.
Glycérine	10 gr.
Essence de bergamote	XX gouttes

M. Legoux, qui semble ignorer la nature parasitaire de la bromhydrose des pieds, suppose que le perchlorure de fer agit en modérant l'activité des glandes sudoripares et en refoulant le liquide sanguin. Suivant nous, le succès est dû à une action antiseptique.

Soins à prendre de la peau des diathésiques.

Les dermatoses parasitaires viennent souvent se greffer sur certains *états diathésiques*. Les troubles permanents de la nutrition qui constituent les diathèses amènent dans les humeurs des modifications chimiques qui favorisent la germination des microbes.

La fréquence du pityriasis versicolor chez les *arthritiques* est bien connue ; l'alcalinisation des humeurs de ces individus pourrait peut-être les aider à se débarrasser du germe parasite.

Chez les *diabétiques* se développent, on le sait, très facilement, des inflammations autour du méat urinaire et sur le gland. D'après le professeur Simon (Congrès de Londres), on trouve des spores et des tubes de mycélium dans les tissus néoplasiques et parfois condylomateux de ces diabétides, qu'il appelle balano-postho-mycose. L'urine sucrée constitue un milieu de culture pour le parasite.

La conclusion de ces données est que l'antisepsie prophylactique des téguments doit être particulièrement rigoureuse chez les diathésiques, surtout chez les diabétiques.

QUINZAINE CHIRURGICALE

Quelques mots sur l'anthrax. — Transport des microbes pathogènes par la voie circulatoire.

Dans une des récentes séances de l'Académie des sciences, M. le professeur Verneuil a rapporté deux intéressantes observations d'abcès plus ou moins volumineux survenus chez des sujets ayant eu des anthrax à une assez grande distance du siège primitif de cette affection. Une femme de 42 ans est atteinte d'un anthrax de la nuque, fin octobre 1887; un médecin incise la tumeur inflammatoire au cinquième jour et favorise la sortie des bourbillons à l'aide de vigoureuses pressions. Dès le lendemain la malade ressentait une vive douleur dans l'aîne gauche et quelques jours après M. Verneuil lui ouvrait un abcès du tissu cellulaire de cette région. Or le pus contenu dans cet abcès contenait un micro-organisme pathogène, le staphylococcus aureus, identique avec celui qui semble être le générateur de l'anthrax et du furoncle.

Dans la seconde observation, on voit un médecin atteint successivement d'orgeolets, de furoncles et d'anthrax et qui, débilité par un traitement thermal mal approprié, fait un beau jour à la suite d'un refroidissement, un vaste abcès de la région lombaire très éloigné de l'anthrax qui avait existé à la joue.

M. le professeur Verneuil attribue à bon droit, la production de ces abcès éloignés à l'infection de l'organisme entier par les microbes septiques provenant de l'anthrax et disséminés par le torrent circulatoire.

Après avoir rappelé que le furoncle et l'anthrax peuvent à la manière des maladies générales provoquer des accidents même mortels semblant attester un envahissement de l'organisme tout entier, il se demande par quelle voie se fait cette infection. Après la découverte de M. Pasteur, montrant que le *staphylocoque doré* est la cause des anthrax, des furoncles, de l'ostéomyélite infectieuse, il aurait suffi, de prouver la pénétration du microbe dans le torrent circulatoire et son arrivée dans les différents points de l'organisme. « Or cette démonstration ne fut pas faite et on ne put jamais « trouver dans le sang de la circulation générale le « staphylococcus aureus. » (*Semaine médicale.*)

M. Verneuil voit dans la production de ces abcès à distance de l'anthrax une preuve incontestable de ce transport par la voie circulatoire. Nous partageons cette opinion, un seul point obscur reste à élucider ; quelle a été la cause localisatrice de l'abcès secondaire ? A cette question nous ne pouvons répondre catégoriquement, nous savons toutefois, d'après les expériences de Rodet (de Lyon) que si on inocule des doses successives de culture du staphylococcus aureus à un animal jeune et si on détermine chez ce même animal une fracture dans le tissu spongieux d'une épiphyse, on peut voir se développer un foyer d'ostéomyélite phlegmoneuse. Sans doute des causes analogues, peut-être des contusions passées inaperçues sont suffisantes pour amener la production de l'abcès. Il faut pour cela que le sang subisse un ralentissement localisé à une région, que les microbes qu'il contient franchissent la paroi vasculaire et inoculent le tissu cellulaire ou le ganglion, ou la bourse séreuse qui va devenir le siège de l'abcès secondaire.

L'abcès est donc d'après ce raisonnement un signe du transport des éléments infectieux par la voie circulatoire, mais il y a encore d'autres preuves, bien plus directes de ce transport. M. Verneuil nous permettra de les rappeler ici à propos de sa très instructive communication.

(1). *Gazette de Picardie*, 1887 et *Concours médical*

Le développement d'une lésion viscérale grave au cours de l'anthrax est aussi une preuve du transport circulatoire ; j'ai rapporté des faits de cette nature dans ma thèse d'agrégation. (*Des néphrites infectieuses au point de vue chirurgical*) en 1886. On y lit que Trude et Evans ont signalé dans des cas d'anthrax mortel une congestion intense du parenchyme rénal ; Reverdin et Cruveilhier dans des faits du même genre ont constaté des infarctus et des abcès miliaires à divers degrés de développement ; enfin et c'est là un fait capital, Fischer examinant les reins d'un malade qui avait succombé au cours d'un anthrax grave trouva une néphrite parenchymateuse hémorrhagique dans laquelle les *vaisseaux du rein étaient oblitérés dans certains points par des embolies parasitaires*, ces embolies étaient le point de départ de petits foyers hémorrhagiques et de petits abcès.

Nous n'avons point fait de recherches personnelles sur les complications générales de l'anthrax, mais nous pensons que les faits que l'on observe dans cette affection, sont identiques à ceux qui se passent dans les autres maladies infectieuses d'origine microbienne.

Dans toutes ces maladies la néphrite infectieuse peut se rencontrer.

Mais il n'est pas besoin même qu'une néphrite, ou une autre altération viscérale se produise pour que la preuve du transport des organismes infectieux par le sang puisse se faire. Dans une intéressante revue faite par Nepveu en 1878 dans *Revue des sciences médicales*, cet auteur rapporte les résultats de constatations personnelles qu'il a faites, ainsi que d'autres auteurs, prouvant que le sang des sujets atteints de maladies infectieuses contient des bactéries pathogènes qui bien que paraissant peu nombreuses dans le torrent circulatoire, vont de préférence s'accumuler dans les capillaires viscéraux, dans les parenchymes excréteurs.

Nous même, depuis la publication de la thèse mentionnée plus haut nous avons poursuivi des recherches dans cet ordre d'idées. Dans un travail que nous avons inséré dans la *Revue de Clinique* de l'année dernière, nous avons montré que dans le sang d'une malade morte de septicémie post-opératoire on trouvait un grand nombre de microbes. Ceux-ci présentaient avec les divers globules du sang des rapports différents, autour des hématies ils étaient groupés et semblaient ne jamais y pénétrer ; les leucocytes au contraire étaient absolument farcis de micro-parasites. Il en existait dans le protoplasma et dans le noyau lui-même. Nous avons figuré dans notre travail un de ces leucocytes avec la topographie exacte de son contenu parasitaire.

Le transport des microbes infectieux par la voie circulatoire est un fait parfaitement démontré : il n'est d'ailleurs qu'un détail dans les faits complexes qui se passent pour établir l'infection générale de l'organisme, faits sur lesquels nous aurons lieu de donner de nouveaux développements quand l'occasion s'en présentera.

(1) Contribution à l'étude des maladies chirurgicales infectieuses, in *Revue de Chirurgie*, 1887 p. 608.

De l'autoplastie par la méthode Italienne modifiée. (1)

L'autoplastie par la méthode italienne est un procédé opératoire qui consiste à combler une perte de substance d'une région quelconque à l'aide d'un lambeau pris sur une partie du corps plus ou moins éloignée, et laissé adhérent à cette partie au moyen d'un pédicule assez large jusqu'à ce que l'adhésion du lambeau à la perte de substance soit suffisante. *Tagliacozzi*, l'inventeur de cette méthode, laissait le lambeau autoplastique suppurer, puis se recouvrir d'épiderme, ainsi, il diminuait beaucoup d'étendue, puis il l'avivait de nouveau et l'appliquait à la perte de substance. De Graefe, le premier mit à exécution une modification de ce procédé proposée mais non exécutée par *Reneaume de la Garanne* ; dans une seule séance on taillait le lambeau, on avivait la perte de substance et on suturait le lambeau à cette perte de substance. Grâce à l'antisepsie moderne, on peut exécuter avec succès le programme qui donna à De Graefe de mauvais résultats. M. Poncet (de Lyon) a communiqué deux observations de ce genre à la Société de chirurgie, elles ont provoqué un remarquable rapport de M. Berger sur ce sujet intéressant de thérapeutique chirurgicale. Dans le premier cas, M. Poncet a comblé une perte de substance de cinq à six centimètres de rayon située au niveau de la malléole externe d'une jeune fille de 15 ans, et consécutive à une brûlure, au moyen d'un vaste lambeau cutané taillé sur la fesse correspondante. La jambe fut maintenue par un bandage dans une flexion extrême sans trop de fatigue, la première moitié du pédicule du lambeau fut sectionnée huit jours après l'opération, la seconde au treizième jour seulement.

Sur un jeune homme de 20 ans ayant une perte de substance étendue de la région olécranienne, le chirurgien de Lyon appliqua un lambeau autoplastique taillé sur la face latérale du tronc. Section partielle du pédicule le onzième jour, terminale le 13e jour.

Dans les deux cas, M. Poncet aviva les régions ulcéreuses à l'aide de la cuiller tranchante et reséqua au bistouri les bords seulement des pertes de substance. Il fit ses sutures au fil d'argent. Quant à la plaie résultant de l'ablation du lambeau autoplastique il la laissa se cicatriser par bourgeonnement.

M. Berger après avoir rappelé les succès obtenus dans des opérations semblables par Masse et lui-même, précise les indications de ce procédé opératoire et les précautions qu'il croit recommandables pour amener un bon résultat.

La méthode italienne modifiée est applicable dans plusieurs circonstances : 1° Quand la perte de substance est entourée par du tissu de cicatrice incapable de servir à la restauration.

2° Quand on a à traiter des cicatrices vicieuses ou des brides qui ont produit des déformations totales ou partielles d'un membre ; et dans lesquelles des opérations purement libératrices échoueraient de-

(1) Société de chirurgie 4 et 18 janvier 1888.

vant la nécessité d'interposer du tissu sain aux parties indurées.

3° Elle est encore applicable dans les autoplasties du visage que l'on ne pourrait faire sans augmenter la difformité première d'une façon irrémédiable.

La méthode opératoire comprend des précautions à prendre avant, pendant et après.

1° *Avant* : Il faut d'abord chercher quelle est la partie du corps qui pourra le plus facilement fournir un lambeau autoplastique et étudier quelle sera la position la plus facilement supportable pour cette partie pendant le temps nécessaire à la réunion du lambeau à la surface cruentée.

— On exercera ensuite le malade pendant quelques jours à garder cette position nécessaire. Si l'on s'abstenait de ces précautions, on pourrait se voir obligé de renoncer à tout résultat opératoire à cause de la douleur et de la gêne imposées au malade par une position forcée.

— Comme l'a proposé M. Masse, on moulera des valves de tarlatane plâtrée dans la position déterminée afin de les appliquer aussitôt après l'opération. Ce procédé est préférable aux bandages roulés, il est plus précis, les valves ne se relâchent pas et se moulent admirablement sur les parties.

— La longueur et la largeur du lambeau à déplacer doivent être soigneusement déterminées ; elles doivent avoir une étendue d'un tiers supérieure à la perte de substance, et la position à donner au membre après l'opération doit être calculée de façon qu'il n'y ait aucune traction défectueuse sur un point du lambeau aux dépens d'un autre.

2° *Pendant l'opération.* — Nettoyages antiseptiques, préparation minutieuse de la région.

— M. Berger préfère faire l'avivement tout entier au bistouri et enlever la partie ulcéreuse comme une tumeur.

— Dans la préparation du lambeau M. Berger préfère ne pas dégraisser la face profonde de la peau, méthode qui lui a valu une gangrène. Malgaigne et Le Fort conseillent aussi de comprendre dans le lambeau autoplastique toutes les couches sous-cutanées jusqu'à l'aponévrose. A la face on peut ne prendre que l'épiderme et le derme, mais en ayant soin de prendre le tissu cellulaire fasciculé qui double la peau et qui contient comme on sait les vaisseaux nourriciers,

— Les sutures qui fixent le tour du lambeau à la peau doivent être durables et le fil d'argent est préférable à tout autre. Le capitonnage de la face profonde du lambeau n'est pas nécessaire comme l'ont cru quelques chirurgiens allemands. Une compression bien établie suffit à assurer l'adhésion.

— Il est bon de combler en terminant l'opération la plaie d'emprunt, afin qu'elle ne soit pas exposée à donner lieu à une suppuration prolongée.

3° *Après.* — Pansement antiseptique très rigoureux.

— Immobilisation parfaite du malade.

— Surveillance de la réunion. La section du pédicule peut se faire du 8 au 12e jour, il est préférable de la faire en plusieurs fois. Les conditions de sensibilité de vascularisation et de calorification indiquent le moment favorable à la séparation du lambeau.

Dr Barette.

BULLETIN DES SYNDICATS

ET DE

L'UNION DES SYNDICATS

Directeur : Dr BARAT-DULAURIER

Syndicat médical de l'arrondissement de Domfront.

Séance du 8 novembre 1887.

Le 8 novembre 1887, à 3 heures du soir, les Médecins du Syndicat de l'arrondissement de Domfront, se sont réunis à l'Hôtel-de-Ville de Flers.

Etaient présents :

MM. Berrué, président ; Gauquelin, assesseur ; Guérin, secrétaire-trésorier ; Angot ; Barrabé ; Bidard ; Goulard ; Lange ; Lecomte ; Legallois ; Lory ; Onfray-Métairie ; Pierre ; Quillard et Yver.

S'étaient excusés :

MM. les Docteurs Aubine ; Henri Barré ; Joubert ; Lemonnier ; Prodhomme et Toutain.

Le Président ouvre la séance et donne la parole à M. Legallois pour la lecture de son rapport sur les projets de loi concernant l'exercice de la Médecine et de la Pharmacie.

Ce rapport, très bien étudié, conclut, apres un examen des diverses propositions relatives à l'exercice de la médecine, à l'adoption du projet de loi Chevandier avec les modifications suivantes :

1° Suppression des articles visant les conditions d'études ;

2° Remplacement de l'article 14 du projet Chevandier par l'article 23 du projet du Gouvernement (ces articles concernent les pénalités contre l'exercice illégal de la médecine).

Un débat s'engage principalement sur le maintien ou la suppression des Officiers de santé, puisque le projet Chevandier supprime l'Officiat, tandis que le projet Lockroy conserve cette institution tout en l'amoindrissant.

Les conclusions du rapport de M. Legallois en faveur de la proposition Chevandier, avec les modifications relatées ci-dessus, sont adoptées à une grande majorité.

Un seul projet de loi sur l'exercice de la pharmacie existe. Le rapport est très bref à cet égard. Ses conclusions sont adoptées à l'unanimité ; elles sont pour le rejet de ce projet de loi, mal conçu, ou plutôt trop bien conçu en faveur des Pharmaciens, au détriment de l'intérêt public.

Après ce vote, M. le docteur Bidard soulève un incident au sujet d'articles de journaux parus il y a plusieurs mois dans le département. Quelques observations assez vives sont échangées, mais le Syndicat clôt l'incident en votant la proposition suivante :

« Le Syndicat déclare qu'il n'a pas à s'occuper « d'articles de journaux anonymes, visant des per- « sonnalités anonymes, et passe à l'ordre du « jour. »

Le Syndicat délègue M. le docteur Barrabé pour le représenter à l'Union des Syndicats ; il décide,

en outre, que la prochaine réunion (Juin 1888) aura lieu à Pont-d'Ouilly.

On procède à l'élection du Bureau pour l'exercice 1888. Sont élus :

Vice-président : M. Yver ;

Assesseur : M. Pierre ;

Secrétaire-Trésorier : M. Lemonnier.

Suivant nos statuts, M. Prodhomme, Vice-Président cette année, passe de droit Président l'année prochaine.

L'ordre du jour étant épuisé, M. le Président lève la séance.

Dr Guérin,
Secretaire-Tresorier.

Voici le rapport dont il est question dans le procès-verbal ci-dessus.

Messieurs,

L'année dernière, vous avez nommé une commission chargée de vous faire un rapport sur les différents projets de loi, relatifs à l'exercice de la Médecine et de la Pharmacie. Cette commission était composée de Messieurs les docteurs Onfray-Métairie, Guérin et Legallois. Ce rapport, pour diverses raisons, n'a pu être publié au mois de juin dernier ; nous vous l'apportons pour notre réunion de novembre. Le Dr Legallois a été chargé de ce travail.

Les divers projets de loi sur l'exercice de la Médecine et de la Pharmacie, présentés à la Chambre des Députés ou au Sénat, ont été étudiés de toutes les façons, soit dans la presse médicale, soit dans les réunions de l'Association des médecins de France, soit dans les Syndicats médicaux. Aussi, messieurs, pour éviter des redites, nous allons examiner sommairement les points les plus saillants de ces différentes propositions et nous vous soumettrons les conclusions qui nous semblent être les conséquences de cette étude.

Les propositions, faites dans le but d'obtenir la revision de la loi du 19 Ventôse An XI (*10 mars* 1803), sont les suivantes :

1° Proposition de loi relative à l'exercice de la médecine, déposée le 6 novembre 1883 sur le bureau de la Chambre des députes, par M. le docteur Chevandier et plusieurs de ses collègues ; cette proposition a été acceptée par la commission d'initiative parlementaire, puis renvoyée à l'examen d'une commission spéciale, au nom de laquelle M. Chevandier a fait un rapport suivi de projet de loi, à la date du 11 juin 1885. M. Chevandier a soumis de nouveau sa proposition à la Chambre actuelle, et la commission d'initiative parlementaire du mois de décembre 1885 a émis un avis favorable ;

2° Proposition de loi adoptée, sur le rapport de M. Lunier, par l'Association générale des Médecins de France, dans sa session générale de 1884 ;

3° Proposition de loi adressée au Parlement, au nom d'une commission de Médecine du *Concours médical*, sur le rapport de M. Geoffroy (1).

4° Proposition de loi sur l'exercice de la Médecine, présentée au nom de M. Jules Grévy, président de la République Française, par M. Edouard Lockroy, ministre du Commerce et de l'Industrie, M. Demôle, garde des Sceaux, ministre de la Justice et par M. René Goblet, ministre de l'Instruction publique. Cette proposition, présentée à la Chambre des Députés dans la session extraordinaire de 1886, a été rédigée sur un rapport fait par le comité consultatif d'hygiène publique de France ;

5° Proposition de loi sur l'exercice de la Pharmacie, présentée par MM. C. Duval (Haute-Savoie), Ducros, Folliet, Jules Philippe, Ferrari, Pochon, Pierre Blanc, Pradon, Horteur, députés, tous noms plus connus les uns que les autres.

Nous reviendrons plus tard sur ce dernier projet de loi qui nous intéresse au moins autant que les Pharmaciens. Examinons immédiatement les projets de loi sur l'exercice de la Médecine.

Ces projets de loi peuvent être réduits à deux ; celui du Dr Chevandier, pour lequel la commission d'initiative parlementaire a émis un avis favorable, et celui du Gouvernement. Ce dernier a une importance très grande, non seulement parce qu'il émane de l'Etat, mais encore parce qu'il a été rédigé sous l'inspiration d'une commission composée d'hommes tels que MM. Brouardel, président, Bergeron, Chatin, P. Dupré, Gallard, Gavarret, Grancher, Henry Liouville, A.-J. Martin, N. Proust, Regnauld et Vallin.

Comparons ces deux projets de loi qui sont évidemment un progrès sur les législations antérieures.

Le projet du Gouvernement conserve les deux ordres de Médecins, Docteurs et Officiers de santé, en leur donnant le droit d'exercer sur toute l'étendue du territoire; toutefois les Officiers de santé ne peuvent résider, ni dans les chefs-lieux de département ou d'arrondissement, ni dans les villes peuplées de plus de dix mille habitants; ils sont en outre exclus des fonctions de Médecins-Experts près des tribunaux et de Médecins et Chirurgiens des hôpitaux ou hospices.

Le projet de M. Chevandier supprime le grade d'Officier de santé.

Devons-nous, Messieurs, accepter l'opinion du Gouvernement, qui maintient les deux ordres de Médecins ou nous associer à l'avis de notre Confrère ? Cette question est très délicate à traiter ; nous ne devons pas oublier que nous avons autour de nous, et dans notre Syndicat même, des Collègues, Officiers de santé, pour lesquels nous professons hautement la plus grande estime et la plus sincère affection ; mais, dans une question qui intéresse tout le monde, nous ne devons pas nous laisser arrêter par des considérations d'ordre particulier et nous devons faire taire nos sympathies devant l'intérêt général. Nous devons donc voir sans parti-pris s'il vaut mieux, pour le bien de tous, conserver Docteurs et Officiers de santé, ou réclamer l'unité de titre.

N'en déplaise au rapport de M. Brouardel, nous n'avons pu trouver bonnes les raisons pour lesquelles on conserve deux ordres de Médecins. Nous voyons bien les inconvénients de cette dualité, nous n'en voyons pas les avantages.

M. Brouardel commence par constater que les idées de la commission qu'il préside, sont en contradiction avec les vœux présentés depuis soixante-dix ans, par la grande majorité du corps médical ; mais il se hâte d'ajouter que l'intérêt de la société prime tout. Quels arguments emploie-t-il pour prouver que cette commission, composée d'hommes qui ont passé leur vie à Paris dans des travaux scientifiques, connaît mieux les besoins de la France que les dix mille praticiens répandus sur tout le territoire de notre pays ? Les voici :

1° *La suppression des officiers de santé n'aurait pas pour conséquence l'augmentation des Docteurs.*

(1) Nous faisons observer, à ce sujet, que la proposition de loi *Chevandier*, déposée le 6 novembre 1883, était le résultat des longues conférences de la commission du « Concours médical », présidée, en 1882, par M. Chevandier et le rapport Geoffroy a été publié en 1882.

C'est possible, mais nous montrerons plus loin que le nombre actuel des Médecins est déjà trop considérable et qu'il n'est pas nécessaire, par conséquent, de l'augmenter.

2° *Sur 36,097 communes existant en France en 1883, il en est 29,795 qui ne possèdent ni Docteurs ni Officiers de santé, soit les cinq sixièmes. Les soins médicaux font donc défaut sur de grandes étendues de territoire et la répartition du corps médical est défectueuse.*

Nous sommes d'accord sur cette inégalité de répartition, mais le remède est-il bien dans le maintien de l'Officiat. J'en doute fort. M. Brouardel lui-même partage cette inquiétude, car on lit, dans son rapport, que les officiers de santé, qui avaient été constitués dans le but d'assurer l'assistance médicale dans les campagnes, y font aujourd'hui presque autant défaut que les Docteurs en Médecine, et comme ceux-ci, affluent dans les villes où la clientèle s'offre plus nombreuse et plus riche. Il est vrai que son projet astreint l'officier de santé à de nouvelles conditions de résidence, comme je l'ai indiqué plus haut ; mais le but proposé, c'est-à-dire l'assistance médicale dans les petites communes, ne sera pas atteint pour cela, du moment où l'Officier de santé pourra s'établir dans une ville au-dessous de dix mille habitants. Il faudrait, pour réaliser les désirs de l'Etat, astreindre l'Officier de santé à n exercer la médecine que dans les bourgades infimes, mais ce serait alors le condamner à mourir de faim. Qui ferait une proposition aussi inique? Aussi pratiquement, les choses se passeraient après la promulgation de cette loi comme auparavant. Il n'y aurait comme différence que l'importance des villes. Les Officiers de santé feraient la concurrence aux Docteurs dans les petites villes au lieu de la faire dans les grandes. Par conséquent, docteurs et officiers de santé se retrouveraient à lutter pour l'existence dans des conditions identiques. Du reste, M. Brouardel reconnaît lui-même que le maintien de l'Officiat n'est pas une solution, car il écrit dans son rapport : « Le remède à une telle situation (défaut de l'assistance médicale dans les campagnes) réside dans l'organisation des services d'assistance, dans le fonctionnement régulier et complet de l'administration sanitaire dans les départements. »

3° *Partout où le Médecin fait défaut,* dit la commission du Gouvernement, *surgit un empirique, un sorcier, un conseiller dangereux. Le remède à cette situation est un personnel médical nombreux ; il ne faut donc pas le diminuer.*

Le simple énoncé de cette proposition vous a suffi pour la réfuter, vous, Messieurs, habitués à la pratique de la vie. Docteurs et Officiers de santé sont au même niveau dans l'opinion du vulgaire et fussions-nous dix fois plus nombreux, que nous n'empêcherions pas le public de courir aux *rebouteurs*, aux *ostiers*, aux *sorciers*, et à tous les charlatans qui exploitent la mine inépuisable de la crédulité publique. C'est une question de préjugés et non une question de chiffres.

4° *Le nombre total des Médecins qui exercent est en décroissance progressive, il faut donc favoriser l'Officiat.* — Les chiffres donnés à ce sujet par le rapport ne m'ont pas paru probants. La commission a été de cet avis et, comme preuve, je me contenterai de citer la note qu'elle a mis au bas de la page 16 : « Les praticiens diminuent en totalité depuis un certain nombre d'années. Cependant le nombre des inscriptions pour le Doctorat et pour l'Officiat n'a pas faibli dans une proportion aussi considérable, et le nombre des diplômes conférés par les Facultés et Ecoles de Médecine s'est plus élevé qu'abaissé depuis 1866, année à partir de laquelle les renseignements officiels offrent des garanties suffisantes de contrôle. On peut en juger par les tableaux et les graphiques insérés aux pièces annexes. De cette contradiction apparente, on doit conclure que le nombre des diplômes conférés pour l'exercice de la Médecine s'élève. *D'où il résulte qu'un certain nombre de médecins quittent la France ou abandonnent leur profession, en d'autres termes que cette profession n'offre pas assez d'avantages pour satisfaire à l'existence de tous ceux qui aspirent à l'exercice.* »

Nous n'avons rien à ajouter à cette réfutation de la commission par elle-même, aussi lorsque dans une autre partie de son rapport, elle se plaint de la diminution des Médecins, cette plainte officielle nous semble une ironie amère à l'égard de la majorité des praticiens qui depuis si longtemps déplorent l'encombrement de la profession.

4° La Commission dit : « *Supprimer les Officiers de santé serait fermer à toute une classe de la Société la carrière de la Médecine.* »

Cette objection est sans valeur dans notre société, organisée démocratiquement comme elle commence à l'être. Un enfant intelligent, laborieux, peut atteindre n'importe quelle position. Cela se faisait autrefois malgré toutes les difficultés et nous n'avons autour de nous que le choix des exemples. Pourquoi les mêmes résultats ne seraient-ils pas obtenus aujourd'hui, puisque les bourses nombreuses fournies par l'Etat donnent en réalité la gratuité de l'enseignement à tous les degrés.

Nous venons, Messieurs, de vous énumérer les motifs qui ont déterminé le Gouvernement à maintenir l'Officiat. Pas un seul de ces motifs n'est concluant ; tout, au contraire, réclame l'abrogation de cet ordre secondaire de Médecins. Actuellement, Docteurs et Officiers de santé ont *en fait* l'égalité de droits, car vous savez fort bien que les restrictions imposées par la loi aux Officiers de santé sont purement illusoires dans l'exercice de la Médecine. A cette égalité de droit devrait correspondre une égalité de charges et d'origine. C'est ce qui n'existe pas et ce qui devrait se faire pourtant par l'unification du titre médical. Osera-t-on soutenir que cette unification doit s'opérer en abaissant le niveau des études à l'Officiat, plutôt qu'en le relevant jusqu'au Doctorat ? Evidemment non. Aussi avons-nous conclu, sans hésiter, en faveur de la première partie du projet Chevandier.

Inutile de dire que, la suppression des Officiers de santé étant admise, nous sommes tous d'accord sur ce point que les droits acquis doivent être scrupuleusement respectés.

Les autres propositions formulées par M. Chevandier sont les suivantes :

Conditions de l'exercice de la Médecine pour les Médecins français et pour les Médecins étrangers ; conditions d'études pour obtenir le droit d'exercice ; exercice illégal de la Médecine ; pénalités.

Le projet du Gouvernement écarte les dispositions relatives à l'enseignement de la Médecine ; cela nous semble juste. « Les conditions d'études, de scolarité changent chaque fois que la science accomplit un progrès ; elle doivent donc être susceptibles de subir des transformations fréquentes et qui, pour être utiles, doivent être rapides. Formuler dans une loi des dispositions jugées bonnes

aujourd'hui serait condamner les générations qui nous suivront à une immobilité préjudiciable à l'instruction médicale. »

En ce qui concerne les conditions de l'exercice de la Médecine par les Médecins français et les Médecins étrangers, ces conditions sont à peu près les mêmes dans les deux projets. Celui du docteur Chevandier serait cependant un peu plus complet et laisserait peu à l'iniative ministérielle, réforme excellente, si nous consultons le passé.

Les deux projets sont à peu près semblables pour l'exercice illégal de la Médecine et pour les pénalités.

En résumé, Messieurs, nous vous proposons d'appuyer de nos vœux la proposition de M. le docteur Chevandier, tout en exprimant le désir que les conditions d'études pour obtenir le droit d'exercice disparaissent de son projet et que son article 16 soit remplacé par l'article 23 du projet du Gouvernement (1). Dans ce dernier article, la législation contribue à combler en partie une lacune de la loi sur les associations professionnelles, lacune, vous le savez, qui nous a fait perdre le procès de Domfront.

Il nous reste, Messieurs, à vous parler d'un projet de loi sur l'exercice de la Pharmacie, projet de loi présenté par quelques députés au commencement de 1886. Personne ne parle plus de cette proposition, qui nous semble enterrée, comme le fut celle qui vit le jour en 1882 ou 1883, sous les auspices de MM. Paul Bert et Naquet, si nos souvenirs sont exacts. Quoi qu'il en soit, nous ne croyons pas devoir vous entretenir longuement du projet de 188 , car nous estimons qu'il n'est pas viable. Un mot seulement. Le projet de loi, que vous trouverez dans le numéro 13 de la huitième année du journal *Le Concours Médical*, autorise en droit et en fait (art. 9) l'exercice de la Médecine par les Pharmaciens. Si ce projet était voté, nous n'aurions plus qu'à délaisser notre profession et nous faire recevoir Pharmaciens ; ce serait le seul moyen rémunérateur d'exercer la Médecine. Heureusement que cette conception bizarre n'est pas près de voir le jour et que nous pouvons, pour le moment, la laisser de côté dans nos préoccupations professionnelles.

Nous avons terminé, Messieurs, le travail que vous nous avez demandé et nous vous avons fait connaître nos conclusions. Ces conclusions resteront-elles platoniques ? C'est possible, Messieurs, car le passé ne nous donne pas une foi robuste dans l'avenir. En tout cas, en montrant les desiderata de la loi, nous avons usé de nos droits. Espérons que nos représentants useront enfin des leurs, pour voter une loi convenable sur l'exercice de la Médecine et de la Pharmacie.

La Ferté-Macé (Orne), le 7 Novembre 1888.

Dr Legallois.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU CONCOURS MÉDICAL

M. le Dr Alba, à Attiguéville (Vosges), présenté par le docteur Champy, d'Uzemain.

M. le Dr Reymond, à Lyon-Montplaisir, présenté par le docteur Reymond, de Saint-Priest.

(1) Article 16 (P. C.). Le délit d'exercice illégal de la Médecine ou de l'une de ses branches sera dénoncé aux tribunaux de police correctionnelle à la diligence des Procureurs de la République. Les Médecins intéressés peuvent se porter partie civile.

Article 23 (P. G.). En cas de poursuite pour exercice illégal de la Médecine, les Médecins ou les associations de Médecins régulièrement autorisées, intéressés à la poursuite, peuvent se porter partie civile.

CORRESPONDANCE

Paris, le 31 janvier 1888.

Monsieur et très honoré Confrère.

Dans le numéro du *Concours* du 28 janvier, je trouve dans la correspondance, Dr M. à M. 15 janvier — relaté un fait que les journaux ont complètement dénaturé. Il s'agit d'un cas d'infanticide dans lequel j'aurais joué le rôle de dénonciateur.

J'ai bien été appelé le 1er janvier par un industriel, non pas pour donner des soins à une de ses ouvrières subitement indisposée, mais pour lui donner à lui patron des conseils sur la conduite qu'il avait à tenir. Je n'ai pas eu à découvrir un accouchement que tout le monde chez l'industriel, où se trouvaient réunies au moins cinq ou six personnes, connaissait déjà.

Les concierges avaient prévenu ce Monsieur que son ouvrière perdait du sang (les marches de l'escalier en étaient fortement tachées) et c'est à la suite de cette découverte qu'il a procédé lui-même à une enquête qui lui a fait savoir la vérité.

Aussi, en arrivant chez le patron, mon rôle s'est-il borné à délivrer un certificat pour faire admettre la malade à la Maternité.

Qu'y avait-il à faire pour l'enfant ?

L'ouvrière nous ayant affirmé que son enfant était mort, — remarquez qu'elle nous avait déclaré être accouchée dans la nuit du 31 décembre au 1er janvier, et que je n'ai été appelé que le 1er janvier, à 1 heure de l'après-midi — je n'ai pas cru devoir m'en occuper, d'autant mieux que son domicile était en dehors de la maison habitée par son patron... Ce dernier, à qui l'ouvrière avait confié la clef de sa chambre, voulant mettre sa responsabilité à couvert, est allé prévenir le commissaire de police qui s'est transporté avec lui au domicile de la jeune mère et ces messieurs ont trouvé un enfant vivant au lieu d'un cadavre.

Voilà les faits. Il est fort regrettable que les journaux brodent sur une donnée incomplète des articles aussi fantaisistes. Je ne m'en étais pas ému, mais lisant dans le *Concours* une accusation de dénonciation basée sur les racontars des journaux, j'ai tenu à rétablir les faits dans leur vérité.

Je vous prie, monsieur et très honoré confrère, de vouloir bien agréer l'expression de mes sentiments très distingués.

Dr Bruslé.

Nous nous empressons de reproduire la lettre de notre très honorable confrère M. le Dr Bruslé. Nous avions à répondre à une question basée sur un récit de journal et en vue de la conduite que doit suivre le médecin dans des circonstances analogues. Nous faisions la réserve, « si les faits sont exacts », car nous savons combien rarement il en est ainsi.

Nous sommes heureux de rétablir la vérité du récit, M. Bruslé a rempli tout son devoir de médecin et sa conduite dans la circonstance ne prête pas à la moindre critique.

A propos du Secret professionnel et de la note publiée dans le « *Concours médical* », N° du 7 janvier.

La question du Secret professionnel est évidemment très complexe et très embrouillée, du moins pour le moment. C'est pourquoi je voudrais voir élaguer et émonder cet arbre déjà trop touffu, circonscrire et préciser cette question, au lieu de lui rattacher des cas qui lui sont complètement étrangers.

A propos, par exemple de la note publiée dans le « Concours médical » du 7 janvier, j'estime qu'il n'y a et qu'il ne saurait y avoir de *secret professionnel* entre une Compagnie et ses employés, « *en tant qu'il s'agit de maladies susceptibles d'entraver le service d'un employé.* »

En effet, il y a un véritable contrat entre une administration ou une compagnie qui entend recruter des hommes valides ou du moins exempts de certaines infirmités nettement spécifiées, et le postulant pour en-

trer dans cette compagnie ou cette administration consent à subir une visite destinée à constater son aptitude physique. N'est-il pas évident que du moment où il ne peut *entrer* qu'en remplissant certaines conditions, il doit *sortir* du jour où il ne remplira plus les mêmes conditions. Le rôle du médecin consiste précisément à éclairer l'employé sur son état physique pendant tout le temps qu'il appartient à la Compagnie. Et si celui-ci, devenu impropre à son service, se refuse à demander sa réforme, je n'hésite pas à dire que le médecin a, dans ce cas absolument spécial, non seulement le droit mais le devoir de provoquer la réforme de l'employé qui serait assez oublieux de ses engagements pour cacher ses infirmités. Le médecin qui consentirait à fermer les yeux, dans un cas comme celui auquel je fais allusion, se rendrait à mon avis complice d'une mauvaise action. Dr Z.

Observation : Le médecin de la Compagnie, *s'il est mis en demeure par elle*, de se prononcer sur la validité de l'employé, doit prendre ses précautions pour que le public ne puisse connaître la nature de l'infirmité ou de la maladie. *N. d. l. R.*

NOUVELLES

Congrès pour l'étude de la tuberculose humaine et animale.

Statuts, règlement et questions proposées.

STATUTS

I. — Un Congrès de médecins et de vétérinaires, ayant pour objet l'étude scientifique de la tuberculose chez l'homme et chez les animaux, aura lieu à Paris, du 25 au 31 juillet 1888, dans les locaux de la Faculté de médecine.

II. — Ce Congrès est organisé par un comité composé de :

MM. le professeur Chauveau, membre de l'Institut *Président* ;

Le professeur Villemin, membre de l'Académie de médecine, *Vice-Président* ;

Butel, vétérinaire à Meaux, vice-président de la Société de médecine vétérinaire pratique ; Leblanc, membre de l'Académie de médecine ; Nocard, directeur de l'École vétérinaire d'Alfort ; Rossignol, vétérinaire à Melun, secrétaire-général de la Société de médecine vétérinaire pratique ; Cornil, Grancher, Lannelongue, Verneuil, professeurs à la Faculté de médecine de Paris, *membres du Comité ;*

Dr L.-H. Petit, bibliothécaire-adjoint à la Faculté, *Secrétaire général.*

III. — Seront membres du Congrès tous les docteurs en médecine et tous les vétérinaires, français ou étrangers, qui s'inscriront en temps utile et qui paieront la cotisation.

IV. — La cotisation des membres est de 10 francs Elle donne droit au volume des comptes rendus du Congrès.

RÈGLEMENT

1. — Les médecins et vétérinaires qui désirent faire partie du Congrès, doivent envoyer leur adhésion à M. G. Masson, trésorier du Congrès, 120, boulevard Saint-Germain, et y joindre la somme de 10 francs. Il leur est délivré un reçu, détaché d'un registre à souche, qui donne droit au titre de membre du Congrès.

Des démarches seront faites auprès des compagnies de chemins de fer pour obtenir une diminution sur le prix des tarifs, en faveur des membres du Congrès.

QUESTIONS PROPOSÉES PAR LE COMITÉ D'ORGANISATION.

I. — *Des dangers auxquels expose l'usage de la viande et du lait des animaux tuberculeux. Moyens de les prévenir.*

II. — *Des races humaines, des espèces animales et des milieux organiques envisagés au point de vue de leur aptitude à la tuberculose.*

III. — *Voies d'introduction et de propagation du virus tuberculeux dans l'économie. — Mesures prophylactiques.*

IV. — *Diagnostic précoce de la tuberculose chez l'homme et les animaux.*

QUESTIONS LAISSÉES AU CHOIX DES MEMBRES DU CONGRÈS.

Hérédité de la tuberculose chez l'homme et dans les diverses espèces animales.

Contagiosité de l'homme à l'homme, des animaux entre eux, des animaux à l'homme et réciproquement.

Divers modes d'évolution de la tuberculose expérimentale suivant la qualité et la quantité du virus inoculé.

Différences des affections tuberculeuses dans les diverses espèces animales.

Moyens de distinguer les lésions causées par le bacille de Koch des granulations et inflammations dues à des microbes divers (zooglées, bactéries de la pneumonie contagieuse du porc, aspergilles, etc.), à des parasites animaux ou à des corps étrangers.

Des lésions tuberculeuses compliquées d'autres lésions microbiennes.

Mode de formation des cellules géantes et des îlots tuberculeux.

Évolution des tuberculoses locales.

Des agents destructeurs des bacilles de Koch.

Moyens locaux et généraux capables d'arrêter l'extension de la tuberculose expérimentale.

Valeur de la thérapeutique chirurgicale dans les affections tuberculeuses.

Concours de l'internat des hôpitaux de Paris.

A. *Internes titulaires.* — 1. MM. Guillemain, Civel, Buscarlet, Laffitte, Thiroloix, de Saint-Germain, Pilliet, Garnier, Macaigne, Lafourcade ;

11. Marquezy, Macquart, Létienne, Tournier, Boulloche (Pierre), Renault (Jules), Macon, Oustaniol, Rouffinet, Hallion ;

21. Guyon, Prost, Lamotte, Gauly, Charrier, Philippe, Lautier, Adier, Rogues de Fursac, Achalme ;

31. Chipault, Sardou, Tuilant, Audain, de Grandmaison, Baumgarten, Delagenière (Paul-Albert), Gibotteau, Reblaud, Besançon ;

41. Thérèse, Enriquez, Claret, Critzman, Chevalet, Mussy, Beaumé, Aviragnet, Repin, Brodier ;

51. Sallard, Raoult, Thomas (Théodore-Octave), Lelièvre, Sauvineau, Vignerot.

B. *Internes provisoires.* — 1. MM. Faure-Miller (Roland), Homolle, Durand, Hélary, Bouel, Gauthier (Jean-Arthur), Aubert, Brésard, Debayle, Chantre ;

11. Breton, Calbet, Leblond, Decamps, Pescher, Ettlinger, Vialet, Dulac, Mlle Edwards, M. Malherbe ;

21. Basset, Piole, Evrain, Estrada, Blaise, Gaston, Dubrisay, Goupil, Huguenin, Auscher ;

31. Willemin, Renault (Louis-Adolphe-Alphonse), Gilis, Poivet, Gloyer, Pineau, Richerolle, Lovy, Barthomeuf, Duchaine ;

41. Appert, Lebon, Martin (Louis), Gervais de Rouville, Marx, Camescasse.

— Dans la liste des membres du Concours ayant été l'objet d'une distinction honorifique, nous avons omis de citer le nom de M. Duhoureau, de Pau, qui a reçu les palmes d'officier d'Académie.

— Le Roi des Belges, sur la proposition du Ministre des affaires étrangères, a accordé, sur sa demande, *démission honorable* à M. Le Dr C. de la Roche, vice-consul de Belgique à Menton.

On se rappelle la conduite courageuse de notre collègue lors du tremblement de terre du 23 février à Menton, n'hésitant pas à rentrer dans la villa qui s'écroulait, pour sauver les archives du Consulat.

Erratum. — Dans le dernier numéro, les épreuves de la Revue bibliographique ont été imparfaitement corrigées, et nous tenons à signaler deux fautes d'impression. Page 45, 2e colonne, ligne 49, il faut lire *Reclus* au lieu de Richet, et page 46, à la septième ligne avant la fin de l'article, lire *Quénu* au lieu de Quevin.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX frères, place St-André, 3.

Dixième année | N° 6 | 11 Février 1888

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE

Anesthésie locale avec le chlorure de méthyle par le procédé du stypage (1).

Un inconvénient de l'emploi du chlorure de méthyle pour produire l'anesthésie par réfrigération avec le siphon était la difficulté de localiser exactement le jet sur une petite surface telle que le trajet d'un tronc nerveux ou le point d'émergence d'un filet nerveux. M. le Dr Bailly (de Chambly) a tourné cette difficulté par l'invention d'un procédé ingénieux, qu'il appelle le stypage (stupos, étoupe) et qu'il a communiqué récemment à l'Académie.

Ce procédé consiste essentiellement à imbiber de chlorure de méthyle liquéfié des tampons d'ouate de formes et de grandeurs variées, et portés au bout d'un manche ou d'une pince en caoutchouc durci. On peut transporter le chlorure de méthyle, en le maintenant liquide plusieurs heures, dans un récipient appelé thermo-isolateur, et on peut, quand il s'agit de faire agir le chlorure de méthyle sur un point très restreint, imbiber même un pinceau du liquide réfrigérant contenu dans le thermo-isolateur.

M. Vidal, chargé par l'Académie de faire un rapport sur l'ingénieuse invention de M. Bailly, en a fait ressortir les avantages, sur lesquels ont insisté également M. Bouchard et M. Besnier.

Le chlorure de méthyle est un anesthésique local et un révulsif puissant, grâce auquel on peut calmer des douleurs névralgiques ou viscérales, celles même du cancer de l'utérus. Avec le siphon de M. Debove on était embarrassé pour limiter l'action du révulsif à de petites surfaces, ce qu'il est possible de faire avec les tampons de M. Bailly. On peut même appliquer le chlorure de méthyle sur les muqueuses, lèvres, vulve, vagin, en interposant une baudruche entre la muqueuse et le tampon réfrigérant.

(1) Académie de médecine, 31 janvier.

Le traitement de l'anthrax et du furoncle (1).

M. *Marc Sée* admet que les pulvérisations phéniquées préconisées par M. Verneuil peuvent être utilisées chez les personnes très timorées et pour de petits anthrax, mais que les incisions au bistouri sont indispensables pour les anthrax volumineux accompagnés d'accidents généraux. M. Sée enfonce son bistouri à plat horizontalement à la base de la tumeur qu'il isole des parties sous-jacentes par deux sections faites l'une à droite, l'autre à gauche, en ménageant la peau ; il fait ensuite des injections antiseptiques dans le foyer.

M. *Verneuil* demande que son collègue veuille bien expérimenter la méthode des pulvérisations avant de la condamner.

M. *Hardy* vient d'obtenir un succès avec la méthode Verneuil pour un abcès furonculeux de la lèvre inférieure chez une jeune fille. Mais ce qui importe, ce n'est pas tant de guérir vite un furoncle, que d'empêcher la récidive et la pullulation des furoncles. Pour lui, la furonculose est une maladie dyscrasique, et, si l'on trouve des microbes dans le furoncle, ce n'est pas une raison pour que ces microbes soient la cause du mal. Pour guérir la furonculose, M. Hardy recommande le goudron, les alcalins, l'arsenic, un régime sévère et l'abstention de tout aliment excitant.

La Saccharine au lieu de sucre pour les diabétiques (2).

On est bien embarrassé souvent pour donner aux diabétiques certains médicaments amers, puisqu'on ne peut sucrer leurs potions. La glycérine qu'on

(1) Académie de médecine.
(2) Kugber, Société de thérapeutique (27 janvier).

emploie répugne au plus grand nombre. Il paraît que la saccharine peut servir aux mêmes usages que le sucre. Une partie de saccharine équivaut, comme pouvoir sucrant, à 280 parties de sucre de canne. C'est une poudre blanche, peu soluble dans l'eau froide, plus soluble dans l'eau bouillante, se dissolvant surtout bien dans l'alcool à 80°.

La saccharine et ses combinaisons traversent l'organisme sans subir aucune modification, pour s'éliminer par l'urine en moins d'une demi-heure, sans passer ni dans le lait ni dans la salive.

Voici deux formules à utiliser pour sucrer les aliments des diabétiques.

Sirop

Saccharine............	10 gr.
Bicarbonate de soude..........	12 gr.
Eau distillée...............	1000 gr.

Pastilles

Saccharine	3 gr.
Carbonate de soude..	2 gr.
Mannite	50 gr.
Pour 100 pastilles	

Une pastille suffit à sucrer une tasse de thé.

Mode d'administration des potions

M. *C. Paul* a fait remarquer que le plus souvent les malades ne prennent pas dans une journée la potion qu'on leur a prescrit par cuillerées, les cuillers ne contenant que rarement la quantité de grammes qu'on leur attribue dans les formulaires, et les malades emplissant rarement la cuiller. Mieux vaudrait faire prendre les potions par verres à liqueur. Pour l'huile de foie de morue, on sait que le meilleur moyen de la faire avaler par les enfants, est de la mettre dans un verre dans le fond duquel on a placé un peu de malaga, en humectant les bords de ce vin.

L'emploi de flacons gradués par les fabricants et dans lesquels chaque division représente une cuillerée à bouche (Créquy), ou de verres sur lesquels on marque par un trait ou une bande de papier l'espace occupé par une cuillerée permet aussi de s'assurer que le malade prend exactement dans la journée la dose de médicament qu'on lui a prescrite.

Le monopole de l'antipyrine et les médicaments brevetés.

Nos lecteurs n'ont peut être pas eu connaissance de cette question si intéressante. L'année dernière M. Dujardin-Beaumetz signalait à la Société de thérapeutique et à la Société de médecine pratique le danger que peut causer à la pharmacie et à la médecine l'introduction dans notre thérapeutique courante de médicaments brevetés, comme l'est l'antipyrine du Dr Knorr. Quand on sait qu'il existe dans la loi du 5 juillet 1844 un article 3, d'après lequel aucune composition pharmaceutique, aucun remède d'aucune espèce ne sont susceptibles d'être brevetés, on a le droit d'être étonné que le Dr Knorr ait réussi à faire breveter son produit. « Mais on a tourné la difficulté en brevetant, d'une part, le nom d'antipyrine, et, d'autre part, les appareils destinés à la produire en grand. En effet, un brevet ne peut pas être pris pour une substance portant un nom dérivant de sa composition ou de ses propriétés chimiques ; mais, si l'on donne à cette substance un nom arbitraire, cette dénomination est

FEUILLETON

Etude sur les caisses médicales de secours et de prévoyance,

Par le Dr Schoenfeld, de Bruxelles, président du conseil d'administration de la caisse des pensions Belges (1).

1. — L'ALLEMAGNE compte une quarantaine de ces institutions, énumérées dans un excellent journal professionnel, *Das Aertzliche Vereins-Blatt* (avril 1887) et possédant ensemble près de 3 1/2 millions de Marks. La plupart possèdent la personnalité juridique, ce qui leur permet de recevoir des legs, de placer leurs fonds sur hypothèque ou dans les Banques d'Etat, et de contraindre les sociétaires à remplir les obligations contractées.

La création de bon nombre d'entre elles a été provoquée par des Sociétés médicales. Il est hors de doute que le nombre des médecins et des familles médicales à secourir augmente avec les conditions économiques de l'Empire et avec le nombre croissant des praticiens. Non seulement il y a un surcroît de production dans les universités (1), mais le charlatanisme (*Kurpfuscherei*) devient de plus en plus envahissant, et les ressources du Corps Médical se trouvent, en outre, réduites par l'établissement récent des assurances obligatoires des ouvriers et employés. Le mal ne peut que grandir; aussi a-t-on organisé dernièrement une *Caisse*

(1) Nous nous faisons un devoir de publier, malgré son développement, le travail entier de M. Schoenfeld. Les institutions de prévoyance médicale méritent le plus grand intérêt et l'auteur de cette excellente étude a bien mérité de la profession. Elle inspirera d'autres organisations.

(1) Une publication quasi-officielle a porté dernièrement cet encombrement de la carrière médicale à la connaissance des familles. Il devient d'autant plus menaçant que les pays étrangers, notamment les Etats-Unis, saturés eux-mêmes, se refusent à absorber l'excès de la production allemande. L'Empire compte actuellement 16,000 médecins et n'aurait besoin, pour son alimentation, que de 3,500 étudiants en médecine. Or les Universités allemandes en comptaient l'hiver dernier près de 8,500.

En Allemagne, comme chez nous, il se forme un prolétariat nouveau, celui des carrières libérales. Mais ce n'est pas aux gouvernements allemands qu'on pourra reprocher de favoriser cette éclosion par l'abaissement du niveau des études. Les Cours universitaires ne peuvent être fréquentés que par ceux qui ont donné des preuves de maturité ; et la surproduction des trop nombreuses Facultés est tempérée par l'examen d'Etat (Staats-Examen), qui dure plusieurs mois et qui seul permet l'accès aux fonctions publiques.

considérée comme marque de fabrique et peut être brevetée. C'est donc armée de ce double brevet, qu'une usine s'est établie à Creil, dans laquelle on exploite le brevet allemand et qui, seule, peut fabriquer et fournir en France le produit désigné sous le nom d'antipyrine.

« Ainsi donc, ajoutait M. Beaumetz, nous voilà en présence d'un médicament dont l'usage tend à se répandre de plus en plus et dont les applications, déjà si nombreuses, se généraliseront sans doute encore davantage, puisqu'il est employé au soulagement de la douleur, — et que nul autre ne peut fabriquer que le seul industriel possesseur du brevet allemand.

Il y a là, à n'en pas douter, il faut bien le reconnaître, un danger très sérieux : qui peut nous affirmer que la perfection de la fabrication répondra toujours au besoin de la thérapeutique, que le médicament sera toujours d'une pureté suffisante pour être administré sans danger ? N'est-il pas arrivé récemment que plusieurs médecins et pharmaciens se sont plaints de l'odeur de benzine que répandaient les solutions d'antipyrine ? N'a-t-on pas affirmé que cette impureté qui suffisait souvent à rendre le produit infect, dépendait d'une fabrication trop hâtive qui avait empêché de purifier et d'étuver suffisamment la substance dans le but, purement commercial, de répondre à toutes les demandes? Que le produit se présente demain avec d'autres impuretés, quels moyens aurons-nous de les faire disparaître ?

Qu'arriverait-il si l'usine productrice ne suffisait plus aux demandes et qu'elle ne consentit plus à délivrer le médicament qu'à certains pharmaciens? Et puis on peut, quand on voudra, doubler le prix déjà trop élevé de ce médicament, puisqu'on en a le monopole. »

Le nom chimique de l'antipyrine est, comme on sait, *diméthyloxiquinizine*, et tout pharmacien pourrait produire de *l'antipyrine*, puisque nous connaissons les différentes phases de la fabrication.

Or, le 12 janvier dernier, M. Duchesne annonçait à la *Société de Médecine pratique* que M. Knorr venait de poursuivre un pharmacien de Paris pour avoir vendu de l'antipyrine fabriquée par lui et la Société décidait que, en attendant l'appréciation des tribunaux, sa section de déontologie et de pharmacologie examinerait la question.

Dans la séance du 26 janvier, M. Dujardin-Beaumetz, président de la Société, faisait connaître l'opinion d'un jurisconsulte éminent, M. Bozérian, d'après lequel l'inventeur d'un produit non brevetable ne peut prétendre se réserver l'usage exclusif de la dénomination par lui donnée à ce produit.

Voici les conclusions du rapport fait sur cette question par M. Vigier. Ces conclusions ont été adoptées à l'unanimité.

La Société : 1° Considérant que le nom d'antipyrine qui sert à désigner la diméthyloxyquinizine a été employé dans les recueils scientifiques de tous les pays pendant l'année 1884, c'est-à-dire un an avant le dépôt du mot en France comme marque de fabrique ;

2° Considérant que l'antipyrine n'a servi jusqu'ici qu'à des usages purement médicinaux, et que la loi interdit en France les brevets portant sur un remède ou médicament ;

3° Considérant enfin que les diverses réactions qui constituent la fabrication de la diméthyloxyqui-

---

Centrale de Secours, à côté des nombreuses institutions régionales, inégalement réparties, du reste. — Parmi les plus anciennes, on compte les *Fondations Hufeland*, à Berlin. Celle pour médecins nécessiteux, créée en 1830, donne des secours et des pensions. Trois Marks constituent le minimum de la cotisation ; mais les fondateurs espéraient que chaque médecin se taxerait pour un tantième de son revenu. L'avoir social se majore bien lentement malgré les 2,500 participants : de 258,000 M. en 1872, il n'atteint aujourd'hui que la somme de 271,000 M., dont une fondation spéciale de 1[illegible],000 M. En 1886, les recettes ont été de 19,000 M., les dépenses de 17,400 M., dont 7,000 M. ont été fournis à la *Caisse des Veuves*, fondée par Hufeland en 1836, avec une dot de 9,000 M. (3,000 thalers), produit de son dernier ouvrage. Elle possède aujourd'hui 116,600 M., ses recettes atteignent 20,000 M. et ses dépenses dépassent 18,000 M.

La *Caisse Hanovrienne* pour veuves et orphelins fondée en 1836, possède 175,000 M. et donne annuellement pour 12,000 M. de secours.

Le *Grand-Duché de Bade* dispose de près de 185,000 M., répartis entre trois caisses distinctes dont celle des veuves est de beaucoup la plus riche (140,000 M.). Elle avait reçu en 1852 un legs de 17,000 florins (du Dr Zoeller).

La *Caisse de Brême* (1844) possède 57,000 M. ; celle de *Hambourg* (1847), 185,000 M.

Les trois royaumes secondaires de l'Empire possèdent des Institutions prospères et fort bien organisées.

Le *Wurtemberg* a depuis 1850 une Caisse de secours, pour les médecins, leurs veuves et leurs orphelins. Son capital propre ne s'élève qu'à 68,000 M., mais elle administre les fondations Ludwig (40.000 M.), Laiblin (34,000 M.) et Frisoni (280,000 M.). Pour que ce philanthrope, dentiste de la Cour, pût laisser la nue-propriété de sa fortune à la Société Médicale de Secours, on a accordé à celle-ci la personnification civile. Son bel hôtel sert aujourd'hui de maison de refuge aux veuves nécessiteuses.

La *Saxe* possède sous une seule administration, siégeant à Leipzig, 3 caisses distinctes, toutes affectées aux différentes branches du Corps Médical. La plus ancienne (1850) fournit des pensions aux veuves ; la 2e (1864) aux orphelins, la 3e (1873) aux sociétaires eux-mêmes, devenus invalides. Chacune d'elles possède les attributs d'une personne morale et peut recevoir séparément des legs (la 1re a reçu 4,500 M. d'une veuve de médecin ; la 3e 6,000 M. du professeur Richter).

On peut souscrire de 1 à 5 parts, donnant chacune droit à une pension de 75 à 150 M. Pour ceux qui n'ont pas droit aux largesses d'aucune des 3 Caisses, existe la fondation Radius, avec un avoir d'environ 30,000 M.

En 1877, le nombre des membres et bénéficiaires

nizine sont connues depuis longtemps et appartiennent au domaine public :

Exprime l'avis que le nom d'antipyrine est usuel et sert à désigner dans le langage médical et pharmaceutique un médicament d'emploi journalier qui doit faire partie du droguier de toutes les officines — et que les pharmaciens droguistes ont le droit de délivrer à leurs clients, comme produit médicamenteux, la diméthyloxyquinizine, sous le nom commun d'antipyrine, quelle que puisse être l'origine du produit.

Nouvel anesthésique local. — Chlorhydrate d'érythrofléine.

M. Lewin a signalé récemment à la Société de médecine de Berlin un nouvel anesthésique local, l'érythrofléine tiré de l'érithrofleum judiciale.

D'après cet observateur, une solution à 1/500e voire même au 2/100e, instillée dans l'œil, produit une anesthésie complète de la cornée après 10 à 20 minutes. Cette anesthésie dure 24 à 60 heures. Une injection hypodermique d'un demi-milligramme pour un centimètre cube d'eau faite sous la peau d'un cobaye anesthésie complètement la région et en permet l'incision sans réaction douloureuse.

Notre distingué collègue, le Dr A. Trousseau, a institué, de son côté, des expériences de contrôle, qui lui ont permis de formuler les conclusions suivantes relativement aux avantages comparés de la cocaïne et du nouvel anesthésique (qui jusqu'ici est d'un prix très élevé, 25 fr. le gramme environ).

L'anesthésie produite par une solution non irritante d'érythrofléine est plus durable, plus longue à se produire, mais moins complète que celle obtenue avec la cocaïne. Jamais l'érithrofléine n'amène ce relâchement des paupières, si favorable aux opéra-tions oculaires, qui existe après les instillations de cocaïne et qui permet d'opérer même les cataractes sans écarteur.

L'érythrofléine a moins d'action sur la conjonc-tive que la cocaïne.

Elle calme moins bien que cette dernière les dou-leurs oculaires.

En résumé, rien ne nous fait prévoir que le nou-vel anesthésique soit appelé à détrôner son aîné.

Poison sécrété par les poumons de l'homme sain et contenu dans l'air expiré.

De très curieuses expériences faites par MM. Brown-Séquard et d'Arsonval (1) ont prouvé la vé-rité de l'opinion d'après laquelle l'air confiné dans lequel beaucoup de personnes ont respiré n'est pas seulement devenu irrespirable par la raréfaction de l'oxygène et l'accumulation de l'acide carboni-que, mais qu'il est encore devenu toxique par des principes volatils émanés des poumons.

Les expérimentateurs précités ont obtenu, en con-densant les vapeurs aqueuses qui sortent des pou-mons de l'homme et des mammifères en parfaite santé, un liquide d'une haute toxicité. Ce liquide, in-jecté sous la peau du lapin comme dans sa circula-tion, le tue avec des symptômes et des lésions qui prouvent que le poison pulmonaire est un irri-tant des plus violents de la base de l'encéphale.

MM. Brown-Séquard et d'Arsonval ont cherché ce que devient la puissance toxique du liquide pul-monaire si on le fait bouillir en vase clos. Ils ont trouvé qu'après avoir subi l'influence de la tempé-

(1) Académie des Sciences, 16 janvier 1888.

---

s'élevait à 203 affiliés (avec 677 parts), 44 veuves (avec 131 parts) et 58 orphelins. L'avoir total, alors de 224,000 M., s'élève aujourd'hui à 314,000 M.

La *Bavière* compte également 3 Institutions différentes : 1o Le *Fonds de pensions pour veuves et orphelins* (1852), dont les tarifs sont strictement calculés selon l'âge respectif des époux (1). En 1886, il a fourni 60,000 M. à 225 veuves et à 220 orphelins. Elle est personne juridique et possède plus de 1,100,000 M.

2o La *Caisse des secours pour médecins nécessiteux* (1666) n'a pu épargner que 32,000 M. ; mais elle donne des secours assez notables (8,000 M. en 1886 à 16 médecins âgés).

3o Une *caisse mortuaire* (1864) assure à la famille un subside annuel de 3,430 M. Pendant de longues années, l'affiliation à la Caisse des Veuves était obligatoire.

Parmi le grand nombre d'associations locales, signalons encore :

La *Caisse de secours des Médecins berlinois* (1854). Les cotisations, toutes volontaires, varient de 3 à 50 M. « Vu le nombre croissant des demandes et le renchérissement général de la vie, le Comité ose espérer que les confrères aisés augmen-teront libéralement leur contribution. » Elle donne des secours provisoires qui ne peuvent pas se répé-ter dans le même trimestre ; les pensions consti-tuent l'exception.

L'avoir, de 8,050 M. en 1876, est monté cette an-née-ci à 20,000 M. Les recettes de 1886 ont été de 6,000 M., les dépenses de 3,800 M.

L'institution a été reconnue d'utilité publique.

Les *Fondations Nasse et Busch*, à Bonn, pos-sèdent ensemble 30,000 M. La 1re (1850) perpétue le jubilé de 50 années de professorat du Dr Nasse, la 2e rappelle le décès prématuré du célèbre profes-seur Busch. Personnes civiles, elles sont gérées par un curatorium.

Le *Fonds d'assurances sur la vie* des médecins de la Westphalie mérite une mention spéciale malgré son avoir modeste (15,000 M.), à cause de l'idée qui a présidé à sa création et qui a trouvé un écho en France.

L'Association des Médecins westphaliens a con-clu en 1869 un traité avec une compagnie d'assu-rances qui lui accorde 20 % de la 1re prime et 10 % des suivantes que ses affiliés paient à la dite Com-pagnie : 5 % de la remise profitent directement aux assurés ; le restant est versé dans un fond commun, destiné à faire des avances pour le paie-ment des primes. — En 1874, la Compagnie

(1) La table de Brune, basée sur l'observation rigoureuse de 31,500 couples, de 1776-1884, a servi au calcul de la mortalité. Cette longue période comprend tous les événements qui peuvent influencer la statistique de la longévité.

rature portée à 100 degrés centigrades, ce liquide, loin d'avoir perdu de sa puissance toxique, semble, au contraire, être plus capable qu'auparavant de produire des effets délétères.

L'influence pernicieuse du liquide de condensation des vapeurs pulmonaires n'est donc pas due à des microbes, mais elle appartient à une substance organique sécrétée par les poumons.

Les recherches de Brown-Séquard et d'Arsonval montrent encore que cette substance organique est un alcaloïde volatil, comparable, à plusieurs égards, aux substances si bien étudiées par M. Armand Gautier sous les noms de leucomaïnes et de ptomaïnes.

En résumé, dans l'air confiné se trouve un principe volatil, meurtrier, provenant des poumons, et bien plus dangereux que l'acide carbonique qui s'y rencontre aussi.

L'haleine humaine, de même que celle des animaux, contient ainsi un poison des plus puissants.

Durée de l'isolement à la suite des maladies contagieuses (1).

M. *Ollivier* a fait connaître les conclusions définitives de la section d'hygiène de l'Académie de médecine sur cette question si importante dans la pratique.

1° Les élèves atteints de la varicelle, de la variole, de la scarlatine, de la rougeole, des oreillons, de la diphthérie ou de la coqueluche, seront strictement isolés de leurs camarades.

2° La durée de l'isolement sera comptée à partir du début de la maladie (premier jour de l'invasion); elle sera de quarante jours pour la variole, la scarlatine et la diphthérie, de vingt-cinq jours pour la varicelle, la rougeole et les oreillons. En ce qui concerne la coqueluche dont la durée est extrêmement variable, on ne devra autoriser la rentrée que trente jours après la disparition absolue des quintes caractéristiques ;

3° L'isolement cessera seulement lorsque le convalescent aura pris deux ou trois bains savonneux et aura été soumis à autant de frictions générales, portant même sur le cuir chevelu :

4° Les vêtements que l'élève avait au moment où il est tombé malade devront être passés dans une étuve à vapeur sous pression ou soumis à des fumigations sulfureuses, puis bien nettoyés ;

5° La chambre qui avait été occupée par le malade devra être bien aérée. Les parois et les meubles seront rigoureusement désinfectés, les objets de literie seront passés dans l'étuve à vapeur sous pression ; enfin les matelas préalablement défaits seront soumis au même traitement ;

6° Dans aucun cas, l'élève qui aura été atteint en dehors d'un établissement d'instruction publique de l'une des maladies contagieuses énumérées dans ce rapport, ne pourra être réintégré que muni d'un certificat de médecin constatant la nature de la maladie et les délais écoulés, et attestant que cet élève a satisfait aux prescriptions ci-dessus énoncées. Enfin, la réception de l'élève restera toujours subordonnée à un examen du médecin de l'établissement.

Ces conclusions ont été adoptées.

(1) Académie de Médecine, 24 janvier.

étendu à tous les médecins allemands les avantages de cette convention (1).

La *Central-Hilfskasse* pour les médecins allemands et leurs familles délaissées est l'œuvre de la Fédération des Sociétés médicales (*Deutscher Aerzte-Vereinsbund*). Comme les Institutions analogues des Pharmaciens, Journalistes, Libraires, des Gouvernantes et Institutrices, etc., elle comprend tout l'Empire et lutte contre le particularisme, qui a été longtemps si funeste à l'Allemagne. Elle a obtenu la personnification civile.

Un appel chaleureux lancé en 1878, accompagné de calculs et d'un projet de statuts, a hâté la fondation, de cette Institution centrale en 1880. Elle a son siège à Berlin et comprend ou comprendra : 1° Une caisse pour invalidité temporaire (fonctionnant depuis cette année-ci avec 253 membres) ; 2° une caisse pour veuves et orphelins, qui ne fonctionne pas encore ; 3° une caisse de pensions, qui compte déjà 169 affiliés, mais qui n'entrera en action qu'en 1890. Toutefois, les sociétaires frappés d'incapacité permanente avant cette époque, reçoivent 10 % de la pension assurée, qui augmente chaque année jusqu'en 1890. Il y a 4 catégories, selon l'importance de la rente acquise, qui peut varier entre 500 et 1,500 M. L'Association possède actuellement plus de 100,000 M. et les fondations Sachs et Eulenburg se montent ensemble à 8,600 M. — L'Administration compte établir plus tard une Caisse de prêts et espère que plusieurs des Caisses locales se fusionneront avec l'Union centrale des médecins allemands.

L'*Association générale des pharmaciens allemands*, née en 1872 de la fusion des Pharmaciens du nord de l'Allemagne avec leurs confrères du sud a été reconnue en 1873. C'est une fédération de Cercles (de 15 à 60 membres) qui s'occupe des intérêts moraux et matériels de la profession, des aides-pharmaciens, de leurs études, de secours et de pensions.

Le Fonds des bourses et fondations possédait en 1877 la somme de 24,000 M. ; celui des aides-pharmaciens : 120,000 M. ; celui des secours et pensions : près de 40,000 M. ; sans compter les fonds généraux de l'Association, montant à 82,000 M., ensemble 265,000 M. Nul doute que cet avoir n'ait considérablement augmenté depuis cette époque.

(*A suivre.*)

(1) Le *Concours médical* a fondé en 1884, sur des bases analogues, une *Caisse de Prévoyance des assurés sur la vie*. Elle verse les primes que les assurés sont accidentellement empêchés de solder. La police sert de gage. — Le capital de cette Association s'élevait en 1886 à près de 8,000 francs.

MÉDECINE PRATIQUE

Les névropathies réflexes d'origine nasale.

Bien que l'existence de phénomènes névropathiques, provoqués par une irritation ou une lésion temporaire ou permanente de la muqueuse nasale, ait été connue depuis longtemps, il est certain que les travaux contemporains ont donné à cette question une ampleur tout à fait inattendue. Des faits jusqu'alors considérés comme des curiosités, comme inhérents à la susceptibilité exceptionnelle de tel ou tel individu, nous apparaissent comme fréquents et comme la conséquence naturelle d'une loi physiologique.

En outre, et c'est la raison du présent article, ils ouvrent un horizon tout nouveau à la pratique journalière en nous révélant des indications thérapeutiques d'une incontestable utilité.

I

Nous passerons brièvement sur l'historique de la question, présenté avec une exactitude et une clarté qui ne laissent rien à désirer par un de nos plus distingués rhino-laryngologistes, M. A. Ruault (1). Il suffira de rappeler que Trousseau avait signalé les relations qui unissent le coryza à l'asthme bronchique, affirmant nettement l'influence de certaines poussières, de certaines odeurs sur la production de l'accès d'asthme, mais il ignorait que les deux symptômes, l'asthme et le coryza spécial dit *hay-fever*, peuvent n'être que des conséquences différentes d'une même cause, une altération pathologique de la muqueuse du nez, il ignorait encore que les accès d'asthme résultent non pas d'une impression olfactive ou de l'action des poussières sur la muqueuse bronchique, mais de l'irritation de la muqueuse nasale elle-même par les poussières.

Après lui, Elsberg (de New-York) ne rencontre guère de créance en affirmant que les affections naso-pharyngiennes où la muqueuse est congestionnée et tuméfiée peuvent produire la perte de la mémoire, la dépression et d'autres phénomènes nerveux, et qu'il avait guéri une chorée grave en soignant une affection du nez dont le sujet était atteint en même temps. On aurait cependant pu se rappeler que Brown-Séquard, avait montré il y a 40 ans, qu'en plongeant brusquement dans l'eau froide le nez d'un lapin, on provoque l'arrêt du cœur et de la respiration ; observation confirmée et élargie beaucoup plus tard par Krastchmer et François-Franck dont les travaux nous ont appris qu'une irritation thermique, mécanique ou chimique des fosses nasales peut produire, par voie réflexe, le rétrécissement des narines, un arrêt respiratoire en expiration, un arrêt momentané du cœur, puis le ralentissement du pouls.

Au point de vue pratique, Voltolini montre en 1871 qu'on peut guérir certains accès d'asthme en enlevant des polypes muqueux des fosses nasales chez les malades, fait confirmé en 1874 par Hœnisch, puis par B. Frankel, Hartmann, Schaffer en Allemagne, par Porter, Daly, Mulhall, aux Etats-Unis.

En 1882, notre confrère Joal (du Mont-Dore) en public dix observations dans le premier mémoire d'ensemble sur la question (2). Jusqu'alors les observateurs avaient attribué l'asthme dans ces cas soit à des phénomènes réflexes, soit à la gêne respiratoire engendrée par l'imperméabilité nasale, et provoquant à son tour des lésions pulmonaires ou surchargeant le sang d'acide carbonique. Mais avec Hack (de Fribourg en Brisgau), J.-N. Mackensie (de Baltimore) et Sommerbrodt (de Breslau), la nature réflexe de l'asthme nasal est mise en pleine lumière. On constate en effet que l'imperméabilité nasale n'existe pas toujours dans ces cas, que l'asthme nasal est surtout provoqué par des polypes petits et mobiles ; que les polypes ne produisent pas seulement l'asthme, mais des phénomènes nerveux très variés, migraine, névralgie faciale, toux, etc. Des travaux se sont succédé si nombreux et si précis sur cette question, qu'aujourd'hui, comme le dit Ruault, « tous les médecins qui, sans parti pris d'aucune sorte, se sont donné la peine de l'étudier, s'entendent pour affirmer que, dans beaucoup de cas, des accidents nerveux divers, souvent très pénibles, rebelles aux médications usitées d'ordinaire, peuvent avoir pour cause déterminante une lésion nasale, toujours permanente, suivant les uns, soit permanente, soit intermittente, suivant les autres, et guérir dès que la lésion nasale a disparu. »

II

Quelles sont donc les névropathies qui peuvent avoir pour cause une lésion nasate ?

Il y en a qui s'expliquent facilement par l'exagération des réactions normales des nerfs sensibles des fosses nasales : l'éternuement, l'occlusion spasmodique de la glotte, la toux sont des actes de défense naturels que détermine l'irritation expérimentale de la muqueuse nasale.

Aussi n'est-on pas surpris de voir les auteurs citer fréquemment comme effets de lésions nasales des *accès d'éternuement* spasmodiques, le *spasme glottique*, tantôt sous forme d'*accès d'angoisse respiratoire* surtout nocturnes, tantôt sous forme d'*aphonie spasmodique* par rapprochement excessif des cordes vocales qui s'empêchent réciproquement de vibrer.

Citons ensuite la *toux nasale*, survenant par accès et souvent périodiquement au même moment de la journée; — la *fièvre des foins*, si rebelle aux traitements internes et que beaucoup de spécialistes ont réussi à guérir par un traitement local : — une *névrose vaso-dilatatrice de la muqueuse bronchique* et quelquefois *laryngée* simulant la bronchite chronique (Sommerbrodt)

L'asthme nasal, dont nous avons parlé tout d'abord, ne diffère pas de celui qui est dû à une autre origine ; on trouve dans les crachats des malades, les cylindres décrits par Curschmann et les cristaux signalés par Charcot et Leyden.

Puis viennent des troubles de la sensibilité du pharynx et de la partie supérieure de l'œsophage, *hyperesthésie-pharyngienne* et *laryngienne*, *œsophagisme* (Joal), même des *gastralgies* et des *dyspepsies* (Hack), des *palpitations cardiaques*.

Voici des exemples de troubles vaso-moteurs et sécrétoires : *tuméfactions* et *rougeurs* passagères d'abord, puis permanentes *de la peau du nez* et de la partie de la joue contiguë, aboutissant à des *lésions cutanées* (acné, etc.); des *œdèmes passagers et circonscrits*, l'*urticaire*, la *salivation*, des *sueurs unilatérales des extrémités*.

Ziem a cité deux cas *d'incontinence d'urine*, qu'il attribue à la surcharge du sang en acide car-

(1) *Gazette des hôpitaux* (10 décembre 1887).
(2) *Archives générales de médecine.*

bonique, par suite de l'imperméabilité nasale. Mulhall guérit à la fois un asthme et une *dysurie* en enlevant des polypes du nez.

Ouvrons une parenthèse pour faire remarquer que, s'il est bon de connaître ces faits, il est légitime aussi de conserver jusqu'à plus ample informé un certain scepticisme à leur égard, et qu'en pareille matière il faut toujours se défier des coïncidences. Au milieu du bon grain se mêle probablement quelque ivraie dont l'avenir et la pratique permettront le triage.

Continuons notre énumération. Les observateurs rapportent encore des névroses douloureuses : *névralgies* des deux premières branches *du trijumeau, odontalgie*, douleurs variées, notamment entre les épaules, *otalgie* avec ou sans bourdonnements et *bourdonnements* sans otalgie, *céphalalgie* frontale persistante avec sensation de pression sourde, qu'on a rencontrée souvent chez des sujets porteurs de végétations adénoïdes du pharynx nasal; la *migraine* a paru 240 fois à Hack d'origine nasale.

Citons des *troubles oculaires*: Scotome vacillant, (mouches volantes), névralgie ciliaire, photophobie, larmoiement ; — des *troubles cérébraux* : amnésie, dépression mentale, hypochondrie, cauchemars, vertiges (Joal), et d'autres névroses : tic facial, agoraphobie, goître exophthalmique.

Répétons que pour plusieurs de ces névropathies la relation exceptionnelle signalée par les observateurs n'est probablement qu'une coïncidence, et attendons pour y croire formellement la publication de faits plus nombreux. On a encore cité, sans preuves suffisantes, la *chorée* et *l'épilepsie* comme ayant pu être causées par les affections du nez.

M. Ruault, dans la Revue critique à laquelle nous avons fait ces emprunts, énonce à cet égard de sages réserves et ajoute que, dans sa pratique personnelle, il a observé seulement jusqu'ici (avec guérison ou amélioration suivant les cas), les accès d'éternuements, la toux, l'asthme, la fièvre des foins, la pseudo-bronchite chronique de Sommerbrodt, l'aphonie spasmodique, le spasme glottique par accès, l'hyperesthésie, les névralgies et paresthésies du pharynx, la tuméfaction et la rougeur du nez avec et sans lésions cutanées, la salivation, les névralgies sus-orbitaires, sous-orbitaires, l'odontalgie, le scotome vacillant, le cauchemar, le vertige, diverses variétés de tics, la céphalalgie persistante ou intermittente, la migraine, la dépression mentale et l'hypochondrie ; ces diverses névropathies, étant isolées, ou associées au nombre de deux, trois et plus.

Il est bon de noter, comme preuves de la réalité des accidents réflexes causés par l'irritation de la muqueuse nasale, que la cautérisation galvano-caustique de celle-ci peut provoquer la recrudescence de la névropathie déjà existante, qui survient assez fréquemment, mais dure très peu ; et des névralgies sus-orbitaires, sous-orbitaires, temporales et dentaires, également de peu de durée. Mais certains auteurs ont signalé des accidents plus sérieux ; Hack a vu des névralgies sciatiques, des gonflements articulaires douloureux, persister plusieurs jours. Ziem et M. Rougier ont vu des cas de véritable délire maniaque. Ces accidents se sont produits plusieurs fois chez des alcooliques. Enfin Küpper a eu connaissance de deux cas d'avortement.

Il nous reste à examiner quelles lésions nasales peuvent causer les névropathies réflexes que nous venons d'énumérer et quel traitement leur convient.

(*A suivre*.) P. Le Gendre.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

La fédération médicale belge.

La fédération belge a un double caractère : elle relève à la fois de l'*Association générale* française et des *Syndicats médicaux*. Dans sa dernière assemblée, ce double caractère s'est nettement dessiné. Elle a en vue ses membres, mais elle se préoccupe surtout des intérêts moraux et matériels de la profession ; elle est aussi militante que nos syndicats et bon nombre de mesures adoptées par le *Concours médical* sont mises à exécution par la Fédération.

L'Assemblée de la *fédération*, présidée par le Dr *Van den Schrieck*, s'occupe, d'abord, d'un conflit survenu entre médecins et pharmaciens belges, au sujet d'une proposition de M. *Kops*, un des membres actifs et les plus énergiques de l'Association. M. Kops veut enrayer les abus de la spécialité en Belgique. Les mesures très radicales qu'il propose ne sont pas jusqu'ici adoptées par tous les médecins et le dissentissement est encore plus accentué parmi les pharmaciens, directement intéressés. L'accord viendrait-il à s'établir, il nous paraît difficile qu'il se traduisît au Parlement belge par une loi en contradiction avec les conventions internationales. Nous tiendrons nos lecteurs au courant de la solution, si elle intervenait.

De même qu'en France, nos confrères belges recherchent la *revision* de la collation des grades académiques et de la loi sur l'*exercice de la médecine*. La fédération propose d'exercer une action directe sur les législateurs, en promettant l'appui électoral de tous les médecins à ceux qui s'engageront à adopter les références désirées. Dans ce but on devra : signer des pétitions, intervenir énergiquement dans toutes les élections politiques ; former, dans chaque cercle médical, une commission chargée de préparer des articles écrits spécialement pour le public extra-médical, qui seraient insérés dans de nombreux journaux, et amener ainsi un mouvement sérieux de l'opinion favorable à la cause médicale.

La fédération décide ensuite qu'elle célébrera en 1888, le 25e anniversaire de la fédération. Notre distingué confrère le Dr *Goffin*, ex-président de la fédération, propose à l'assemblée d'inviter à cette fête les présidents des sociétés françaises et notamment du *Concours médical*. La proposition est acceptée à l'unanimité.

M. le Dr Allayer introduit la question de savoir si, comme en France, le médecin a la faculté, lors de la déclaration de naissance d'un enfant, de refuser de dire le nom et le domicile de la mère, quand on lui a réclamé le secret à cet égard. Un de ses confrères a été condamné et a épuisé en vain toutes les juridictions. Le *Conseil judiciaire* consulté répond qu'en Belgique le médecin est tenu de faire la déclaration explicite, la loi Belge différant de la loi Française.

La Fédération décide ensuite que tous ses membres sont invités à recueillir et à transmettre au secrétaire tous les faits d'exercice illégal à leur connaissance, afin de constituer un vaste dossier. On décidera, plus tard, l'usage qu'on fera des résultats fournis par cette enquête.

Le cercle médical Liégeois, très nombreux, déclare par la voie de son président, M. *Borguet*, s'affilier à la fédération. On décide qu'en 1889 la fédération siégera à Liège.

Le président déclare la séance levée.

La fédération médicale Belge, quoique relativement peu nombreuse, voit néanmoins, chaque année, s'accroître le nombre de ses membres et son influence augmenter. Nous n'en voulons pour preuve que le succès qu'elle vient d'obtenir auprès des pouvoirs publics, à l'occasion d'une plainte adressée par le président, au ministre compétent. Il s'agissait de s'opposer à l'immigration de nombreux médecins Teutons qui demandaient en foule le droit d'exercice en Belgique. Le ministre a fait droit aux réclamations de la fédération et refusé de s'associer à cet envahissement médical ; les médecins Belges sont assez qualifiés et assez nombreux pour suffire aux besoins des populations. Ils se plaignent de pléthore et non de pénurie.

H. C.

Ecole et Hôpital Dentaires de Paris.

23, Rue Richer.

Nous publions la *notice* suivante sur l'Ecole dentaire, dans le but d'en faire connaître l'organisation. Quelques-uns de nos lecteurs pourront y rencontrer d'utiles indications pour le choix d'une carrière en vue de leurs fils ou de leurs filles.

L'art dentaire peut être avantageusement pratiqué par des filles de médecins. On doit adresser les demandes de renseignements à M. le Dr *David*, directeur de l'Ecole.

L'Ecole Dentaire de Paris entre actuellement dans sa 9e année d'existence.

Le succès persistant qu'elle obtient montre que son enseignement régulier et autonome de l'Odontologie en France répondait à un besoin réel, et que les fondateurs de l'Ecole ont compris ce que devait être cet enseignement et l'ont établi sur des bases vraiment pratiques.

Du reste, des représentants éminents du monde scientifique et politique, des savants universellement connus et estimés, professeurs de la Faculté de médecine, de la Faculté des sciences, membres de l'Académie de médecine et de l'Institut, ont, en lui accordant leur puissant patronage, rendu hommage à son enseignement, applaudi aux résultats obtenus.

La Ville de Paris elle-même, désirant lui donner une marque de sympathie et d'encouragement pour les nombreux services qu'elle a rendus depuis sept ans, lui alloue une subvention annuelle.

L'Ecole Dentaire de Paris doit ces heureux résultats à son but spécial, à son organisation désintéressée ; c'est avant tout une œuvre impersonnelle, fondée par la seule force de l'initiative privée, grâce aux dons volontaires de toute la profession, en dehors de toute pensée de lucre ou de profits personnels.

Le Conseil d'administration est nommé à l'élection, et cette élection est faite par toutes les personnes, sans exception, dont la bienveillance s'est manifestée par des dons ou des souscriptions. Cette institution a été créée pour rendre service aux dentistes et au public ; aussi n'y a-t-il dans l'entreprise aucune arrière-pensée financière ou commerciale. Plus elle aura de ressources, plus elle accordera de facilités aux élèves qui viennent le lui demander ; aucune équivoque n'est possible, comme le disait M. le professeur U. Trélat, dans la séance d'inauguration du mois de novembre 1882-83 : l'Ecole de la rue Richer n'est pas celle de MM. X, ou V., c'est l'*Ecole des Dentistes* ; ses portes ne sont fermées pour personne ; son administration est l'affaire de tous.

Elle est, du reste, soutenue par l'Association Générale des Dentistes de France, la plus nombreuse et la plus importante Société professionnelle française (elle comprend actuellement 350 membres).

L'enseignement est technique et professionnel dans le sens le plus rigoureux du mot.

Il comprend trois années d'études pour les jeunes gens tout à fait étrangers à la profession.

Le programme de ces études est conçu non seulement en vue de former des praticiens habiles et instruits, mais aussi en vue de satisfaire aux examens que l'Etat pourrait réclamer par suite d'une réglementation possible.

Elle possède un corps enseignant nombreux et choisi, dont le personnel offre les plus sérieuses garanties au point de vue du savoir, de la compétence et de l'honorabilité, et qui comprend, pour la partie médicale, des médecins et des chirurgiens des hopitaux, des agrégés et des ex-internes, et, pour la partie professionnelle, des dentistes, praticiens habiles et instruits, dont la situation personnelle, la valeur, reconnue par leurs confrères, et sept années d'enseignement sont un sûr garant de leur expérience.

La clinique de l'Ecole, située au centre de Paris, est fréquentée par de nombreux malades. Elle est un lieu de consultation pour les praticiens de la ville ; de même, les médecins et chirurgiens des hôpitaux de Paris envoient tous les jours les cas intéressants qu'ils trouvent dans leur service, et pour lesquels ils jugent nécessaire l'intervention des spécialistes. Les élèves sont donc assurés d'y trouver le plus vaste champ d'études.

Les étudiants ont encore, dans le traitement du système dentaire des enfants des écoles communales de Paris, dont l'Ecole s'est chargée par autorisation du préfet de la Seine, ainsi que dans les services spéciaux qu'elle a organisés à l'orphelinat Coquerel, aux hospices d'aliénés de Sainte-Anne et de Ville-Evrard, etc., un excellent exercice.

Enfin les jeunes gens sont certains de rencontrer tous les jours, dans les professeurs, chefs de clinique et démonstrateurs, des guides experts et dévoués, ayant tous, en subissant les examens de l'Ecole, fait leurs preuves. L'installation matérielle est très complète : de vastes salles bien éclairées, contiennent plus de vingt fauteuils d'opération.

L'enseignement pratique est expliqué et complété par des cours théoriques nombreux et substantiels, que des projections à l'appareil Molteni viennent rendre aussi intéressants et aussi facilement assimilables que possible. Aussi, le programme d'étude ne laisse rien à désirer pour tout étudiant désirant véritablement apprendre son art.

Il faut que l'étudiant, qui suit ces cours, sorte après les trois années passées à l'Ecole Dentaire, avec un bagage suffisant, pour n'avoir plus rien à demander qu'à l'observation personnelle et au raisonnement ; il faut qu'il sache assez, et assez bien, pour contribuer lui-même au progrès de l'Odontologie. Jusqu'aujourd'hui, nous nous sommes rapprochés du but ; la moyenne des examens s'élève chaque année. Le public et les dentistes tiennent compte de nos efforts et apprécient notre diplôme ; plusieurs anciens élèves, *diplômés de l'Ecole Dentaire de Paris* (D. E. D. P.) ont déjà, soit en France, soit à l'étranger,

une situation personnelle satisfaisante ou enviable; d'autres, plus jeunes, ont préféré rester assistants, mais eux aussi se trouvent dans des conditions auxquelles ils auraient pu difficilement prétendre avant la création de l'Ecole Dentaire. C'est une sanction qui, à défaut de sanction officielle, a bien son prix. Du reste, les intéressés le reconnaissent eux-mêmes, car les amis les plus dévoués à l'institution, ses soutiens les plus fermes, sont actuellement ses anciens élèves.

Malgré l'importance du programme, chaque année de nombreuses additions y sont faites, à mesure que la pratique et l'expérience en indiquent la nécessité.

L'anatomie pathologique du système dentaire, étudiée superficiellement et à l'œil nu, se réduit à peu de chose; si le dentiste veut pénétrer plus avant dans l'intimité des phénomènes morbides, chercher des moyens rationnels de les enrayer, il faut qu'il sache faire des coupes, manier le microscope. Nous avons donc établi un cours pratique microscopique, qui est suivi avec intérêt.

Au début, nous n'avions pour la prothèse qu'un cours théorique, mais l'apprentissage imposé par les statuts organiques ne répondant pas à toutes les exigences, nous avons également créé un cours pratique de prothèse, afin de transporter dans la partie artistique et mécanique de l'Odontologie l'esprit d'examen et de critique que l'enseignement et la clinique ont introduit pour ainsi dire de force dans la partie médicale et opératoire.

Nous appelons, du reste, l'attention des futurs dentistes sur cette branche si importante de l'Art Dentaire, et qui est pourtant si négligée dans la plupart des Ecoles Dentaires étrangères.

Nous avons apporté tous nos soins, depuis quelques années, à constituer un enseignement pratique de la Prothèse Dentaire, et nous sommes heureux d'avoir réussi.

Cet enseignement comprend trois années :

Il est dirigé, en dehors du professeur de prothèse, par un chef de laboratoire, assisté d'un suppléant.

Aussi pouvons-nous dire que c'est la première fois que l'enseignement de la prothèse dentaire est organisé d'une façon aussi pratique, et que notre programme est maintenant absolument complet.

Ce programme a, du reste, rencontré l'approbation de tous.

Plus de quatre cents dentistes, venus de tous les points de la France et de l'étranger, ont jusqu'à ce jour fait une scolarité régulière et complète, et la plupart ont subi avec succès les examens de sortie. Plus de cent vingt ont, depuis la fondation, obtenu le diplôme de fin d'études.

Nous avons eu cette année près de cent élèves.

Parmi les écoles étrangères fondées depuis de longues années, quelles sont celles qui pourraient annoncer de pareils résultats ?

Nous ne cessons également de recevoir de tous nos confrères, français et étrangers, de nombreuses souscriptions.

Après la ville de Paris, qui, sous forme de subvention, nous donne son puissant concours, le monde scientifique est venu nous apporter sa consécration, en s'intéressant à notre institution et en assistant à nos cérémonies.

La séance d'inauguration de l'année 1882-83 a été présidée par deux membres de l'Académie de médecine, M. le professeur U. Trélat assisté de M. le Dr Hérard.

A l'inauguration de 1883-84, M. le professeur Verneuil, de l'Académie de médecine de Paris, est venu, à son tour, apporter ainsi que M. le Dr Pinard, professeur agrégé à la Faculté, ses félicitations et ses encouragements à l'œuvre.

A celle de 1884-85, c'est le regretté professeur de la Faculté des sciences, M. P. Bert, député, résident général du Tonkin et de l'Annam, membre de l'Institut, ex-ministre de l'instruction publique, qui est venu présider la distribution des récompenses au milieu d'un nombreux concours de notabilités scientifiques et politiques.

Du reste, la séance était parfaitement intéressante, car le représentant du corps enseignant de l'Ecole Dentaire, qui répondait à l'éminent président était un jeune chirurgien des hôpitaux, M. le docteur Prengrueber, que l'Ecole est fière de compter parmi ses professeurs.

La cérémonie de 1885-1886 fut plus brillante encore.

Elle eut lieu dans la salle des fêtes de la mairie de la rue Drouot, obligeamment mise à la disposition de l'Ecole par le maire. Elle fut présidée par M. le professeur Brouardel, membre de l'Académie de médecine, président du Conseil d'hygiène, etc., qui, comme les présidents des années précédentes, félicita l'Institution de ses succès toujours croissants.

Le docteur Gérard, professeur à l'Ecole supérieure de pharmacie, membre du corps enseignant, fit, à cette occasion, une intéressante conférence sur les rapports existants entre les sciences et l'Odontologie.

La séance 1886-1887, fut présidée par M. Mesureur, président du conseil municipal de Paris et celle de 1887 par M. Bourneville.

De nombreuses notabilités scientifiques et politiques ont aussi, à différentes reprises, donné des marques de sympathie à l'institution.

Après la consécration du monde professionnel et scientifique, de la ville de Paris, il faut maintenant, à l'Ecole Dentaire, la sanction gouvernementale. Aussi, le Conseil de direction est-il en instance près des pouvoirs publics pour obtenir, pour la Société Civile de l'Ecole et de l'Hôpital dentaires libres de Paris, déjà autorisée par arrêté préfectoral, *la reconnaissance d'utilité publique*, seule consécration que la législation actuelle autorise. Tout nous fait espérer que cette demande sera accordée prochainement; car, par son but élevé, son organisation impersonnelle, par les services que cette institution rend depuis bientôt huit ans, d'une part, à l'Odontologie en France, et d'autre part, au public indigent, par les consultations et les soins gratuits qui ont été donnés à plus de quatre-vingt mille personnes, elle est digne de la bienveillance et de la protection gouvernementales.

Le gouvernement a déjà prouvé sa sympathie à l'œuvre en accordant à quelques membres du Conseil de direction et du corps enseignant plusieurs marques de distinction, et notamment en nommant son directeur chevalier de l'ordre de la Légion d'honneur.

Les dentistes de France, à l'exemple des médecins ont constitué une *Association générale.*

L'association comprend :

1° L'Ecole et l'Hôpital dentaires de Paris (Société civile) ;

2° La Société d'Odontologie de Paris (réunion scientifique) ;

3° Le Syndicat professionnel (ou Chambre syndicale des Dentistes) ;

4° La Caisse de prévoyance des Dentistes ;
5° Le journal l' « Odontologie ».

NOTICE

Cette société a été fondée en avril 1879, sous le nom de Cercle des dentistes de Paris, dans le but de prendre la défense des intérêts professionnels des dentistes et de travailler à la réforme de l'art dentaire en France, en vue de son relèvement moral et scientifique.

Fidèle à son but, elle créa :

En 1880, une école professionnelle pour les jeunes étudiants dentistes et une clinique dentaire gratuite pour les indigents, sous le nom d'*Ecole et hôpital dentaires de Paris* ;

En 1881, une Société scientifique dite *association scientifique de l'Ecole dentaire de Paris* ;

En 1882, une chambre syndicale dite *Chambre syndicale des dentistes Français* ;

En 1883, une Société de secours mutuels, dite *association de prévoyance des dentistes de France*.

Elle possédait depuis le mois de septembre 1880, un journal mensuel, le *Bulletin du cercle des dentistes de Paris*.

Toutes ces créations se sont développées et ont prospéré.

En 1884, afin de bénéficier de la nouvelle loi sur les syndicats professionnels et dans le but de simplifier le fonctionnement de ces diverses créations en les réunissant sous une même administration, tout en leur conservant leur fonction spéciale, la Société fut réorganisée sous le nom qu'elle possède actuellement, d'*association générale des dentistes de France* avec les subdivisions suivantes :

1° L'*Ecole et hôpital dentaires de Paris*, école d'enseignement professionnel et clinique dentaire pour les indigents, conservant son organisation spéciale sous la forme de société civile, plus favorable à son développement (voir règlement spécial, page 39).

2° *La société d'Odontologie de Paris*, réunion scientifique permettant aux membres de l'association, dans des réunions mensuelles de se communiquer leurs observations, leurs travaux, leurs recherches et de concourir ainsi aux progrès de l'odontologie (voir règlement spécial page 44).

3° Le *syndicat professionnel* ou *chambre syndicale des dentistes*, branche de l'association plus spécialement chargée de la défense des intérêts matériels des membres de la profession (voir règlement spécial p. 47).

4° *La caisse de prévoyance des dentistes*, création faite en vue de soulager les infortunes des dentistes membres ou non de l'association (Voir page 48).

5° Le journal l'*Odontologie*, organe officiel de la Société.

Par suite de cette organisation, tout membre de l'association générale fait partie, comme membre sociétaire ou bienfaiteur, de la Société civile de l'école, peut assister aux réunions mensuelles de la Société d'odontologie auxquelles il est régulièrement convoqué, peut soumettre ses différends professionnels au comité syndical, et recourir à la caisse de prévoyance.

Il reçoit gratuitement le journal, peut emprunter des livres à la bibliothèque. Il paie une cotisation annuelle de 20 francs par an.

Tout dentiste, médecin ou fournisseur pour dentiste, peut être admis comme membre sociétaire ou honoraire, soit directement par l'association générale, soit par la Société civile de l'école (voir page 40), soit par la Société d'odontologie (voir page 45).

L'association, actuellement très prospère, est la plus nombreuse Société professionnelle, elle a près de 400 membres tant sociétaires qu'honoraires.

VARIÉTÉS

La microbiologie dans ses rapports avec l'hygiène et la thérapeutique (1),

Par M. le professeur Grancher.

Messieurs,

....

Je ne sais si je me trompe, Messieurs, mais il me semble qu'en me désignant cette année pour la présider, la Société de médecine publique a voulu, à défaut du maître, honorer l'un des derniers venus mais l'un des plus fervents disciples de M. Pasteur. J'imagine qu'elle a entendu marquer ainsi sa reconnaissance pour les services que la microbiologie a déjà rendus et rend chaque jour à l'hygiène et à la thérapeutique.

Il serait trop long et il est superflu d'énumérer ces services, vous les connaissez. Vous savez que la médecine a trouvé dans cette voie nouvelle les éléments d'une renaissance merveilleuse, puisque les maladies virulentes et contagieuses nous ont livré déjà une partie de leurs secrets.

« A l'heure où je parle, un accoucheur, un chirurgien, qui croit à l'antisepsie et la pratique, sait que la suppuration, l'érysipèle, la septicémie, etc., n'apparaissent que là où leurs germes ont été ensemencés. Il n'accuse plus le fil trop serré de la suture ou le hasard, mais le coccus ou le vibrion spécifique, qu'il connaît, qu'il redoute et qu'il écarte de la blessure avec un soin jaloux. Et sa main, guidée par la connaissance d'un fait précis de microbiologie, est devenue, en même temps, plus hardie et plus sûre. »

« Un médecin qui sait que la fièvre typhoïde et la tuberculose sont le produit des bacilles typhiques et tuberculeux, cesse de croire au fatalisme, à la spontanéité morbide, à l'autotyphisation, à la diathèse *sine materiâ*. Ces mots, qui nous donnaient, il y a quelques années, l'illusion de la science, nous ne les comprenons plus aujourd'hui, et, au lieu de demander à l'empirisme le remède des maladies contagieuses, nous le cherchons, soit dans la destruction des germes pathogènes, soit dans le confert de l'immunité à l'organisme humain. »

La destruction, hors de l'organisme, des germes, cause des maladies virulentes, voilà la formule par excellence de l'hygiène sociale. D'autre part, la stérilisation du terrain, c'est-à-dire la vaccination, réalise la thérapeutique la plus physiologique et la plus rationnelle.

Cette immunité de l'organisme humain contre un virus virulent et même mortel peut s'obtenir, tantôt par l'inoculation préventive d'une maladie antagoniste — la vaccination Jennérienne en est un exemple; — tantôt par l'inoculation d'une maladie bénigne due au virus atténué, comme il arrive pour le charbon; — tantôt par l'accoutumance progressive, et sans aucun symptôme de maladie, à des doses croissantes de virus virulent, comme pour la rage.

Ainsi, l'immunité peut être conférée par des procédés fort différents, et ces inoculations préventives que M. Pasteur a trouvées contre le charbon et contre la rage, sont, dans l'ordre scientifique, pour tous les savants, même pour ceux qui contestent encore leur utilité pratique, des découvertes dont la portée dépasse de beaucoup celle de Jenner.

(1) Allocution prononcée par M. le professeur Grancher à la dernière séance de la Société de Médecine publique et d'Hygiène professionnelle.

Mais ce n'est pas tout. M. Pasteur avait entrevu que l'immunité pourrait être conférée par une substance vaccinale, non vivante, non virulente, purement chimique, élaborée par le microbe pathogène dans son milieu de culture. MM. Roux et Chamberland viennent de montrer que le germe de la septicémie, qui tue les cobayes en quelques heures, fabrique dans le milieu de sa culture une substance soluble et vaccinale. Il suffit d'injecter, à doses massives, cette substance dans le péritoine des cobayes, pour les rendre réfractaires à la septicémie la plus virulente.

Toutes ces découvertes qui se suivent dans un ordre logique, et dont on peut dire qu'elles autorisent toutes les espérances. sont accueillies avec enthousiasme par les uns, avec défiance, avec hostilité par quelques autres. Ceux-ci redoutent pour la médecine traditionnelle et pour l'hôpital cette invasion de la science expérimentale et du laboratoire. Forts des longs et glorieux services rendus par la méthode d'observation, ils se retranchent derrière leur titre de cliniciens pour combattre l'expérimentation et les expérimentateurs, et pour nier les conquêtes de la microbiologie.

Et cependant, messieurs, la médecine d'Hippocrate et celle de M. Pasteur ne sont pas deux médecines différentes ou hostiles ; c'est la même science qui procède par poussées successives dans des voies diverses, qui a fait hier la symptomatologie, le diagnostic et l'histoire des lésions anatomiques des maladies, et qui s'essaie aujourd'hui dans l'étude de leur pathogénie. Et toutes les conquêtes réalisées dans la connaissance précise des causes des maladies viendront enrichir le fonds commun, sans rien détruire de nos premiers trésors. Croit-on que nos grands médecins, les Laënnec, les Cruveilhier, les Bouillaud, les Duchenne (pour ne citer que des morts), aient à redouter même un amoindrissement passager de leur gloire, du fait des travaux de M. Pasteur et de ses élèves?

Qui songe à nier que la médecine d'observation est notre seule règle et sera peut-être encore longtemps notre seul guide dans le combat que nous livrons à tant de maladies contagieuses dont nous ne connaissons pas le microbe : la diphtérie, la scarlatine, la coqueluche, la rougeole, etc. ? et quand nous connaîtrons les germes de ces maladies, ce que nous savons d'elles aujourd'hui cessera-t-il d'être vrai ? Non pas, mais nous saurons les mêmes choses avec plus de précision, de certitude et d'utilité.

Il n'y a donc pas deux médecines, mais deux esprits : l'esprit de progrès qui croit que la médecine est une science de faits — faits d'hôpital, faits de laboratoire, peu importe : et l'esprit de négation, de routine, de paresse qui vit de doctrines surannées et de beau langage.

Notre société, messieurs, est animée de l'esprit de progrès ; elle travaille, et je voudrais voir nos séances suivies par l'élite de nos étudiants, pour avancer le jour où l'hygiène prendra la première place dans les préoccupations du médecin.

Quand ce jour sera venu, l'hygiène publique, si rudimentaire aujourd'hui, progressera vite, au grand profit de l'humanité. Elle disposera de toutes les ressources d'une civilisation avancée : science, argent, autorité ; et, armée par les pouvoirs publics du droit de commander, elle saura se faire obéir.

Mais l'hygiène de l'individu, qui relève de l'âge, de la profession, du tempérament, de l'état organique de chacun de nous, c'est-à-dire l'art de vivre en santé, en plein combat pour la vie, restera toujours un art difficile, privilège de quelques sages, de quelques heureux............................

BULLETIN DES SYNDICATS
ET DE
L'UNION DES SYNDICATS

DIRECTEUR : Dr BARAT-DULAURIER

Syndicat médical de Corbeil

Procès-verbal.

Le syndicat s'est réuni le 12 janvier 1888 à Corbeil, Hôtel de Bellevue.

Etaient présents : MM. Boucher, Geffroy, Daussure, Celles, Giraud, Lamire et Surbled.

Excusés : MM. Mangenest, Ladroitte, Lagleize.

En l'absence de M. de St-Martin, président démissionnaire, M. Surbled, secrétaire, ouvre la séance à deux heures et donne lecture de son rapport sur les travaux du syndicat.

L'ordre du jour porte sur le service médical gratuit. Après une discussion à laquelle prennent part tous les membres, le syndicat émet le vœu que les secours du département soient directement fournis aux communes qui se chargeraient elles-mêmes d'organiser l'assistance médicale de leurs pauvres.

Il est procédé à l'élection du bureau pour 1888. Sont nommés à l'unanimité : MM. Geffroy, président ; Lamire, vice-président et Giraud, secrétaire.

La séance est levée à 3 heures.

Dr SURBLED,
de Corbeil.

Rapport du Dr SURBLED *secrétaire*

à l'Assemblée générale du Syndicat de Corbeil le 12 janvier 1888.

Au début de la sixième année d'existence de notre syndicat, vous permettrez au confrère qui a l'honneur d'être votre secrétaire depuis près de quatre ans de vous présenter un court rapport.

Ma première parole sera une parole de bienvenue pour les six nouveaux confrères qui sont venus à nous l'année dernière, MM. *Lagleize*, *Franciel*, *Casset*, *Rochette*, *Giraud* et *Celles*. Ils viennent heureusement combler les vides nombreux qu'ont causés parmi nous les départs volontaires ou, hélas ! forcés. Saluons d'abord nos morts, le Dr *Fillioux*, que nous n'avons jamais eu le plaisir de voir à Corbeil, et le Dr *Cros* dont vous avez tous apprécié à vos réunions la bonne et cordiale confraternité. Saluons encore un de nos premiers adhérents, le Dr *Mestivier*. Il nous avait brusquement quittés il y a quelques années sur de vains motifs, mais sa mort nous a tous honorés : il est tombé victime du devoir professionnel.

Nos démissions sont relativement nombreuses. MM. *Osiecki* et *Besnard* nous ont quittés. Notre cher Président *de St-Martin* nous revient aujourd'hui pour la dernière fois : il ne sera pas remplacé dans notre syndicat dont il était un des plus solides piliers. Qu'il reçoive ici l'expression bien sincère de notre affection et de nos regrets.

Notre Président de l'année dernière, M. *Chairou*

gravement malade, s'est vu contraint de céder sa clientèle et de donner sa démission : il ne laisse parmi nous que des amis qui font des vœux pour son rétablissement. Enfin nous sommes, dit-on, à la veille de perdre un des fondateurs du syndicat, le Dr *Ladmiral*, de Corbeil.

Par suite de tous ces vides, et malgré l'appoint de nouveaux adhérents, notre effectif se trouve réduit à 24 membres.

Cinq brebis manquent au bercail. Vous chercherez à les y ramener. Déjà il y a des signes non équivoques de repentir. L'un de nos confrères de Longjumeau, le Dr Combet, fatigué de nos instances, nous a fait espérer une prochaine conversion.

Deux événements importants marquent l'année écoulée : l'*Union des syndicats* de Seine-et-Oise a été créée, et M. le Préfet a réuni une commission, où figuraient des délégués élus du corps médical, pour étudier l'organisation de la médecine gratuite.

L'*Union des syndicats* du département était une œuvre urgente, nécessaire. Elle s'est trouvée fondée d'elle-même par l'unanime accord des six bureaux de vos syndicats. Elle a déjà fonctionné ; et c'est grâce à ses délibérations que vos délégués ont pu se présenter devant l'administration avec un programme défini de réformes. Son budget n'étant pas encore *constitué*, vous êtes appelés à *l'établir* sur de larges bases. Une œuvre comme la nôtre a besoin de lumière et de propagande : vous lui donnerez l'*organe* qui lui est indispensable.

Nos vaillants confrères des Vosges ont leur *Bulletin*. Pourquoi n'aurions-nous pas le nôtre, nous qui sommes plus de 150 en Seine-et-Oise alors que nos émules de la frontière sont à peine cinquante ? Les frais de publication ne doivent pas vous effrayer : ils sont presque couverts par les annonces. Vous chargerez votre bureau de faire aboutir cet intéressant projet.

La commission instituée à Versailles par M. le Préfet s'est réunie deux fois. Votre délégué a eu l'honneur d'en être nommé secrétaire à la presque unanimité. Voici en quelques mots les résultats de ses délibérations qui peuvent vous intéresser.

Le droit des indigents de choisir leur médecin a été admis sans contestation.

Pour régler nos honoraires, il y a deux systèmes: le paiement *à la visite* et celui *à l'abonnement*. Vos délégués ont vainement défendu le premier, même avec un rabais de 50 % sur le prix ordinaire. L'abonnement par « capitation » a été proposé ; et le chiffre de 3 francs par tête d'indigent a été voté, le département prenant à sa charge les deux tiers de la dépense. De plus on acceptait le tarif kilométrique, à raison de 50 centimes par kilomètre.

Vous savez que ce projet très étudié et réellement acceptable n'a pu aboutir, par suite des charges énormes qu'il imposait au département.

Peut-être jugerez-vous, comme moi qu'une transaction doit être tentée et que notre désintéressement peut aller jusqu'à accepter une capitation de 2 francs. En tout cas je vous propose de maintenir, quoi qu'il arrive, le droit au tarif kilométrique.

Le syndicat de Pontoise, qui a délibéré à ce sujet il y a deux mois, réclame une capitation de 5 fr. (sans tarif kilométrique) ; un de ses membres demandait 6 fr. Soutenir de telles prétentions, c'est aller au devant d'un échec certain.

Le conseil général de Seine-et-Oise, après avoir repoussé le projet de la commission préfectorale, a pris la délibération suivante que je recommande à toute votre attention : « Le crédit de 19,000 fr. sera réparti pour l'année 1888 par les soins de l'administration (et non plus du conseil d'hygiène, comme jadis) entre toutes les communes *rurales* et proportionnellement aux sacrifices que ces communes s'imposent pour assurer le service médical gratuit. »

Par suite de cette décision, les villes de Corbeil, Pontoise, etc., ne recevront plus aucun subside ; et les municipalités ont dû voter des crédits d'urgence pour fournir des soins médicaux à leurs indigents.

Cette observation faite, il est impossible de ne pas dénoncer l'iniquité flagrante qui résulte du vote du conseil général. Telle commune, pourvue d'un bureau de bienfaisance riche, n'a qu'un petit nombre d'indigents et recevra une forte subvention ; telle autre pauvre, sans fondations, peuplée d'indigents, n'aura qu'un secours insignifiant. Où est la proportion ? Où est l'équité ?

Notre devoir est de protester au nom des pauvres contre la décision prise, et d'obtenir qu'elle soit rapportée dans l'année.

La question des nourrissons, qui vous préoccupe depuis longtemps, a été soumise par vos délégués à M. le Préfet ; elle n'a pas fait un pas vers la solution désirée. Espérons que nos réclamations obtiendront satisfaction cette année. Nous formulerons encore le vœu de voir tous les médecins appelés à participer au service d'inspection.

Le public médical est saisi depuis plusieurs années de la question de l'*ordre des médecins*. Vous ne l'avez pas encore examinée. Il est temps de formuler votre sentiment. L'idée du docteur Surmay, assez mal accueillie d'abord, a fait son chemin et trouvé la faveur. Aujourd'hui l'ordre des médecins ne paraît plus problématique.

Pourquoi les médecins ne chercheraient-ils pas à se discipliner entre eux et à chasser les indignes, comme font si bien les avocats ? Maintenons avec soin parmi nous le respect des personnes, la correction de la vie, la dignité de l'art ; repoussons avec énergie toutes les compromissions qui tendraient à rabaisser la médecine au rang d'un commerce plus ou moins honnête ; et nous aurons apporté le remède efficace à tous les maux qui nous accablent.

Ce n'est pas dans le chiffre des honoraires, c'est dans notre propre conscience et dans la considération publique que se trouve la meilleure récompense de nos services ; c'est là que réside notre seule et legitime grandeur.

Dr Surbled,
de Corbeil.

NOUVELLES

Le Dr H. Picard reprendra son cours le lundi 6 février à 5 heures, amphithéatre n° 1 de l'Ecole Pratique et le continuera les vendredi et lundi suivants, à la même heure.

— L'administration de l'Assistance publique vient d'augmenter de quatre le nombre des internes titulaires et de quatre également celui des internes provisoires. Ce sont.

Internes titulaires : MM. Faure-Miller (R.), Homolle, Durand et Hélary.

Internes provisoires : MM. Champeil, Sainton, Souplet et Matton.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX frères, place St-André, 3.

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE :

LA SEMAINE MÉDICALE

Prophylaxie publique de la syphilis.

M. Fournier a lu, on s'en souvient, vers la fin de l'année dernière, à l'Académie, une remarquable étude sur les dangers croissants que la syphilis cause à la société et demandé à ses collègues d'attirer sur ces dangers l'attention des pouvoirs publics. Le rapport qu'il a rédigé ensuite, au nom d'une commission nommée par l'Académie, avait été écouté avec faveur. La discussion s'est engagée le 7 février sur les différents articles et les trois premiers ont été adoptés sans incident.

Article premier. — L'Académie appelle l'attention de l'autorité sur les développements qu'a pris la *provocation sur la voie publique*, dans ces dernières années notamment, et en réclame une répression énergique. (Adopté.)

Art. 2. — Elle estime qu'il y a nécessité manifeste d'assimiler à cette provocation de la rue, divers modes non moins dangereux qu'a revêtus, surtout de nos jours, la provocation publique, à savoir : celle *des boutiques* ; celle *des brasseries* dites *à femmes* ; et plus particulièrement encore celle *des débits de vins*. (Adopté.)

Art. 3. — Elle signale à l'autorité, d'une façon non moins spéciale, la provocation qui rayonne autour des *lycées*, des *collèges*, et qui a pour résultat l'excitation des *mineurs* à la débauche. (Adopté.)

Mais à propos du 4ème article, la discussion s'est animée. Il était ainsi conçu.

« L'Académie déclare que, au nom de la santé publique, non moins que de la morale publique, ces divers ordres de provocation constituent un *délit* qui doit être réprimé légalement. Elle réclame donc une *loi* définissant le délit de provocation publique et en confiant la répression à qui de droit. »

Sur ce point les avis des académiciens sont très différents.

M. *Lagneau* pense, comme M. Fournier, qu'il est utile de substituer la loi à l'arbitraire, et la magistrature à une commission administrative pour statuer sur l'inscription, comme prostituées astreintes aux visites sanitaires, des filles accusées du délit de provocation dans la rue. Mais cette assimilation paraît-elle possible aux jurisconsultes ? Et si la provocation, légalement, constitue un délit, la transmission à autrui des maladies vénériennes, en particulier de la syphilis, à bien plus forte raison, doit tomber sous le coup de la loi. Les articles 459 et 461 du code pénal punissent celui qui laisse communiquer avec d'autres les animaux affectés de maladies contagieuses. Mais la fille publique peut impunément infecter nos lycéens, le débauché peut impunément infecter la jeune fille qu'il séduit. Les humains sont donc moins protégés que les animaux contre les maladies contagieuses.

M. *Dujardin-Beaumetz* croit devoir présenter une observation qui s'applique à l'ensemble des conclusions du rapport de la commission. Dans les différentes propositions qui constituent ces conclusions, il y en a qui sont immédiatement applicables, il y en a d'autres qui ne pourront l'être que dans un temps plus ou moins éloigné. Parmi les mesures proposées, il en est qui sont justiciables du préfet de police et peuvent être édictées par voie administrative ; d'autres, au contraire, auront besoin de la sanction législative. M. Dujardin-Beaumetz pense donc qu'il y aurait lieu de recourir à des mesures transitoires. Ainsi, par exemple, on demande la suppression de la prison de Saint-Lazare ; or, cette suppression exigera du temps, car, il faudra la transporter ailleurs ; mais il y a à Saint-Lazare un

hôpital distinct de la prison et que l'on pourrait utiliser immédiatement.

M. *Brouardel* estime que l'Académie entre dans une voie au bout de laquelle elle ne peut rencontrer qu'une impasse. On prétend substituer le règne de la loi au régime administratif Mais quel est le législateur qui pourra définir exactement le délit de provocation ? Où commence la provocation ? Est-ce dans le coup d'œil lancé par la femme ou la fille au passant dans la rue, ou bien est-ce dans l'accrochage ? Comment le tribunal pourra-t-il prononcer ? Sur quels témoignages et sur quelles preuves ? Et quel est celui qui voudra consentir à témoigner de la provocation ?

Ainsi, malgré les meilleures intentions du monde, la commission, d'après M. Brouardel, aboutirait tout simplement à l'impunité absolue de la provocation dans la rue, c'est-à-dire à l'inverse du but qu'elle cherche à atteindre. Donc, tout en étant d'accord avec la commission sur le fond de la question, M. Brouardel diffère d'elle sur le moyen à employer pour réaliser ce que tout le monde désire, à savoir : la répression de la provocation dans la rue. Suivant lui, jamais un tribunal ne voudra décider du délit de provocation, ni surtout condamner la délinquante à une punition immorale, l'*inscription*.

En conséquence, M. Brouardel demande le renvoi à la commission de toutes les propositions concernant la substitution de la juridiction d'un *tribunal* à la juridiction administrative.

M. Léon *Le Fort* déclare que les propositions critiquées par M. Brouardel ont été introduites dans le rapport de la commission, à l'imitation de ce qui a été fait en Angleterre, il y a un certain nombre d'années. Devant le nombre toujours croissant des maladies vénériennes ou syphilitiques qui infectaient son armée de terre et de mer, l'Angleterre sentit la nécessité d'opposer un frein à ce débordement de maladies contagieuses. Mais, au lieu de recourir, comme chez nous, à l'arbitraire administratif, c'est-à-dire à la police, qui, en France, décide dans ces questions, en maîtresse souveraine, il fut ordonné que, lorsqu'une fille serait dénoncée à la police comme exerçant la prostitution commune, elle comparaîtrait devant un tribunal où s'établirait un débat contradictoire entre elle et l'agent qui l'aurait arrêtée, la femme étant admise à se défendre de son mieux et la police étant tenue de fournir des preuves et des témoins à l'appui de la mesure d'arrestation. Si elle était reconnue coupable, la femme était condamnée à l'*inscription* comme étant un danger pour la santé publique. Cette loi a été longtemps appliquée et a donné en Angleterre d'excellents résultats. Elle n'a disparu que devant la ligue des *clergymen* et des dames dont la pruderie ne pouvait tolérer qu'une institution aussi immorale que la prostitution fût reconnue officiellement.

La loi anglaise avait, en outre de ces deux avantages, celui de supprimer, dans les choses de la prostitution, l'impédiment de l'autorité paternelle dont la loi française n'a pas su se débarrasser et qui est une source d'inconvénients sérieux.

En résumé, dit M. Léon Le Fort, entre deux maux il faut choisir le moindre et, à l'arbitraire admi[nistratif]...

FEUILLETON

Etude sur les caisses médicales de secours et de prévoyance,

Par le Dr Schoenfeld, de Bruxelles (*Suite*).

II.— AUTRICHE. — De tout temps, le Gouvernement Impérial a favorisé les associations sur le terrain économique. Aussi, toutes les classes de la population ont-elles organisé des Caisses de secours, de décès (paiement de funérailles décentes), de retraite et de pensions. Elles sont facilement reconnues, de par la loi du 27 avril 1873.

Le « Collège médical des Médecins de Vienne (Medizinisches Doktoren-Kollegium), » anciennement partie intégrante de l'Université, est devenu, en vertu de cette loi, une corporation indépendante et reconnue. Il s'occupe des progrès de l'art de guérir, d'hygiène et des intérêts sociaux et corporatifs de ses membres. Il administre différentes institutions de prévoyance :

1° La « Caisse de secours du Collège médical (Unterstützungs-Institut), » fondée en 1859. D'après le rapport de cette année-ci, il y avait 267 membres et un capital de 134,000 florins ; on avait payé 6,160 florins durant le dernier exercice.

2° La « Caisse des Veuves et Orphelins (Wittwen-und Waisen-Societat) » existe depuis 1758. Les statuts ont été modifiés à différentes reprises, la dernière fois en 1873, avec l'autorisation du Gouvernement. Les tarifs sont organisés comme dans une compagnie d'assurances : aussi, les droits d'entrée et les versements annuels atteignent jusqu'à des milliers de florins. Des tableaux détaillés permettent de choisir le mode d'assurance et de paiement.

En 1884, il y avait 356 participants et 134 pensionnés (131 veuves et 3 orphelins) touchant chacun une rente de 600 fl. La fortune montait au chiffre énorme de 2,343,000 fl., plus une réserve de 168,... fl., qui permettra de porter les pensions à 700 fl.

3° Une caisse analogue, créée il y a quelques années en faveur de veuves et orphelins non associés à la Société précédente. Elle a pu donner 2... florins à 37 veuves et à 17 orphelins. Son capital s'élève à 63,000 fl., grâce au gain de 25,000 fl. d'un lot sorti au tirage.

4° Une « Caisse de Pensions », fondée en 18.. après de longues hésitations. L'appel au public médical dépeint ainsi les perspectives du jeune médecin : « Les temps sont passés, où la délivrance du diplôme garantissait au docteur un avenir exempt de soucis.... Peu nombreux sont ceux qui, favorisés par la fortune, ignorent les soucis poignants de la vieillesse. »

En mars 1887, l'Institut comptait 113 membres (dont 6 touchaient une pension de 600 florins) et possédait 266,500 florins.

Tous les médecins de l'Empire (y compris la Hongrie) peuvent faire partie de ces Associations de prévoyance. La plupart des professeurs en vogue participent ou figurent parmi les donateurs : Arlt, Benedikt, Billroth, Dietl, Hauschka, Hebra, Mauthner, Oppolzer, Politzer, Rokitansky, V. Schmerling, Siegmund, Skoda, etc.

En présence des conditions onéreuses de la participation aux Caisses du Collège Médical, « l'Un...

tratif, il est préférable de substituer l'intervention d'un tribunal.

M. *Lagneau* pense que, sans édicter une loi nouvelle, chose difficile, on pourrait appliquer à la répression du délit de provocation, des lois déjà existantes. Ainsi, les prostituées qui écrivent à de jeunes lycéens pour leur donner des rendez-vous pourraient être poursuivies et punies en vertu de la loi qui atteint les individus qui excitent les mineurs à la débauche.

D'autre part, un grand nombre de prostituées, étant mineures, pourraient être assimilées aux enfants moralement abandonnées et soustraites à l'autorité paternelle.

M. Alfred *Fournier* ne consent pas à accorder à M. Brouardel qu'il est d'accord avec la commission sur le fond du débat. Au contraire, l'opposition entre elle et lui est aussi complète que possible. En effet, la commission a voulu réagir contre les abus intolérables du régime administratif, et faire rentrer la prostitution dans le droit commun en substituant l'autorité d'un tribunal à l'arbitraire de la police, tandis que M. Brouardel voudrait nous faire retomber dans l'ancien système aujourd'hui condamné par l'opinion.

M. *Brouardel* répond qu'il est d'accord avec la commission et son rapporteur sur le fond de la question qui consiste à rechercher le meilleur moyen de rendre le moins dangereux possible l'exercice de la prostitution. Il ne diffère d'elle que sur l'emploi du moyen. La création d'un tribunal lui semble mauvaise parce qu'elle entravera l'intervention de la police et conduira fatalement à la liberté absolue de la prostitution, que l'on veut éviter. M. Brouardel demande encore une fois que l'article du rapport soit renvoyé à la commission et que celle ci veuille bien s'adjoindre un jurisconsulte qui l'aidera dans la future rédaction de cet article, mis en conformité avec la jurisprudence actuelle.

Après une discussion sur la question du renvoi de l'article à la commission et de l'adjonction ou de la non-adjonction d'un juris consulte à cette dernière, — discussion à laquelle prennent part MM. Léon Le Fort, Hardy, Vidal, Le Roy de Méricourt, Brouardel, Laborde, Besnier, Larrey, Legouest, Hérard, Bergeron et M. le rapporteur, — l'Académie vote le renvoi à la commission des articles 4, 5, 6 et 7 du rapport.

Hémoglobinurie paroxystique dans le rhumatisme articulaire aigu (1).

M. *Hayem* a observé un cas d'hémoglobinurie au cours d'une attaque de rhumatisme articulaire aigu. La malade, âgée de 37 ans, déjà atteinte de rhumatisme articulaire apyrétique et allaitant un septième enfant dont elle était accouchée en mai 1887, fut prise au mois de décembre d'une franche attaque de rhumatisme aigu. Le deuxième jour elle émettait des urines d'un rouge sanglant; le sixième jour, transportée sur un brancard de Bicêtre à Saint-Antoine par un froid rigoureux, elle émet en arrivant des urines très rouges ayant tous les carac-

(1) Société médicale des hôpitaux.

---

des Médecins autrichiens » a essayé de fonder des Institutions plus démocratiques. La Caisse de Pensions devait fournir déjà après cinq ans de participation une pension provisoire, en cas d'invalidité ; la Caisse de Secours ne demandait qu'un florin de cotisation. Jusqu'à présent, le succès n'a pas couronné ces efforts: le chiffre statutaire de 100 affiliés à la Caisse de Pensions n'a pas encore été atteint.

Les pharmaciens autrichiens ont rivalisé avec le Corps Médical, quant au nombre de leurs Sociétés de prévoyance. Leur prospérité est cependant loin d'atteindre celle des Institutions médicales.

« L'Union pharmaceutique de Vienne » est une modeste Société d'études et de secours, reconnue en 1874.

La « Société de secours des Pharmaciens de Vienne » date de 1838 ; ses derniers statuts ont été approuvés en 1870. Ses revenus peu élevés lui permettent seulement de conférer une douzaine de pensions de 60 florins.

Une « Assurance mutuelle contre les maladies » s'occupe des soins à donner à des pharmaciens malades : la dépense annuelle de ce chef est répartie entre tous les membres.

La « Société pharmaceutique autrichienne, » association d'études et de secours, a été reconnue en 1867. J'ignore l'état de ses finances, tout comme de « l'Union générale des Pharmaciens d'Autriche », approuvée en 1874.

Une « Caisse générale de Pensions », autorisée en 1866, n'avait pas encore pu se constituer en 1875. Je n'ai pu me renseigner sur la situation actuelle de l'entreprise.

Le « Collège médical des Docteurs de Prague » remonte jusqu'à la fondation de l'Université, en 1348. Comme celui de Vienne, il possède la personnification civile, poursuit un but scientifique et professionnel, et administre les fondations et Caisses de prévoyance. L'Association comprend les docteurs en médecine, en chimie et en pharmacie, habitant la Bohême et gradués à une Université austro-hongroise.

Les fondations de bienfaisance s'élèvent à plus de 72,000 florins, dont un legs de 21,000 florins, laissé par un Dr Conrath de Franzensbad, en 1840.

Il administre deux Caisses de veuves :

1° La « Caisse des Veuves et Orphelins du Collège médical, » qui a reçu en 1865 un riche legs du Dr Wilh. Michel, de Prague, et qui partage annuellement entre tous les ayants droit les intérêts de ses capitaux.

2° La « Société médicale des Veuves et Orphelins, » Société d'assurances, fondée en 1857, dont les droits d'entrée et les versements annuels sont calculés d'après l'âge combiné des affiliés et de leurs femmes. Pendant cinq ans, ils renoncent à tout avantage, et en cas de décès, la Caisse ne restitue que le droit d'entrée. Les pensions sont fixées tous les cinq ans : elles étaient de 300 fl. de 1874 à 1878.

Elle compte beaucoup de bienfaiteurs, parmi lesquels je remarque les noms des professeurs Oppolzer et Skoda, un dentiste, des négociants, etc. — En 1876, elle comptait 230 membres effectifs pour l'assurance des veuves, 42 pour celle des orphelins et 15 membres honoraires, 36 veuves et une famille d'orphelins avaient reçu 10,575 florins. Le capital s'élevait à 190,000 florins. (*à suivre*).

tères de l'hémoglobinurie. Son rhumatisme fut très grave, accidenté d'un œdème considérable des mains et des avant-bras, d'une pneumonie et d'une péricardite, mais guérit complètement.

Les urines rouges du premier accès étaient couleur vin de Malaga, parfaitement transparentes, acides, présentant au spectroscope les bandes d'absorption caractéristiques de l'oxyhémoglobine, de la méthémoglobine et de l'urobiline. La coloration rouge était due non pas à du sang mêlé à l'urine, mais à de l'hémoglobine absolument dissoute. On ne trouvait en effet dans le dépôt aucun globule rouge, pas même de stroma qui aurait pu être le vestige d'hématies détruites, mais on trouvait des leucocytes et des cylindres épithéliaux attestant un certain degré de catarrhe des canalicules urinifères.

Les urines des jours suivants présentèrent la gamme descendante des colorations de moins en moins rouges qui s'observe à la suite de tous les accès d'hémoglobinurie.

Quand l'hémoglobine eut complètement disparu de *l'urine, on* y trouva encore quelque temps de l'albumine et des signes de catarrhe ; c'est là une différence avec ce qui se passe dans l'hémoglobinurie paroxystique telle qu'elle a été décrite jusqu'ici. M. Hayem s'appuie sur le fait observé par lui pour combattre la théorie pathogénique proposée par les observateurs antérieurs, notamment Murri et Kustner. D'après ceux-ci, l'hémoglobinurie serait le résultat du rejet par les reins de l'hémoglobine mise en liberté dans le sérum sanguin par la destruction rapide d'un certain nombre d'hématies sous l'influence du refroidissement. Ces observateurs ont pu produire expérimentalement l'hémoglobinurie en provoquant l'hémoglobinémie et ils ont trouvé dans le sérum des malades pendant l'accès d'hémoglobinurie plus d'hémoglobine que dans le sérum normal.

Pour produire l'hémoglobinurie expérimentale, il faut faire passer dans le sang une quantité considérable d'hémoglobine; et M. Hayem, qui a fait aussi la recherche de l'hémoglobine dans le sérum sanguin pendant l'attaque d'hémoglobinurie n'a pas trouvé l'excès d'hémoglobine signalé par ses prédécesseurs. Quant à la prétention d'expliquer la destruction des globules rouges dans le sang par l'action du froid, M. Hayem la déclare enfantine, car pour détruire expérimentalement les globules rouges dans le sang, il faut abaisser la température de celui-ci jusqu'à la congélation.

Pour M. Hayem le processus pathogénique est tout différent ; c'est un processus rénal ; il n'y a pas d'altération primitive du sang, mais dans le cas qu'il a observé, il y a eu une néphrite rhumatismale légère attestée par la persistance de l'albuminurie et des signes de catarrhe. Dans les accès d'hémoglobinurie on ne peut invoquer une véritable néphrite, vu la brièveté et la fugacité des accidents. Mais il se passe sans doute des poussées congestives sur l'appareil sécréteur du rein et c'est toujours dans l'intimité de cet organe que s'accomplit la mise en liberté de l'hémoglobine.

M. *Bucquoy* se rappelle à ce propos un malade qu'il a observé il y a vingt ans et qui présentait d urines noires ou rouges toutes les fois qu'il s'exp sait en hiver au froid de la rue même penda quelques minutes. C'était un arthritique, et à cet époque, l'hémoglobinurie étant inconnue; M. Bu quoy l'avait considéré comme atteint d'accès d'h maturie à frigore. Il ne doute pas maintenant qu s'agissait d'hémoglobinurie paroxystique.

M. *Robin* a observé deux cas qui viennent à l'a pui de l'observation de M. Hayem.

Dans l'un, au bout de quelques jours d'une att taque de rhumatisme, apparurent des urines roug uniquement colorées par l'hémoglobine, puis u albuminurie considérable se montra en même tem que des globules rouges, des leucocytes et tous l signes d'une néphrite congestive.

Dans un autre cas, après des prodromes rappela ceux de la dothiénentérie, apparut une hémoglobin rie suivie bientôt d'une attaque de rhumatisme ar culaire, et peu après l'urine contenait des globul rouges, des cylindres et de l'albumine.

Dans un des cas, l'examen du sérum sanguin n a pas fait trouver d'hémoglobine dissoute.

M. Robin accepte donc pleinement l'opinion M. Hayem sur la nature rénale du processus p thogénique de l'hémoglobinurie ; on pourrait mettre que l'hémoglobinurie et la néphrite cong tive sont des formes cliniques différentes du même état morbide du rein.

M. *Hayem* croit qu'il est plus naturel de le con sidérer comme des degrés du même processus, premier étant l'ébauche du second.

QUINZAINE CHIRURGICALE

Luxation des deux épaules sans traumatisme apparent (1).

Un homme de 42 ans, raconte M. le professe Lefort, se réveille un matin avec une certaine gê dans les mouvements de l'épaule gauche. On con tata une luxation et, après quelques essais de rédu tion, le bras fut immobilisé. Trois jours après, lo jours au réveil, le malade ressentit une gêne sem blable dans l'épaule droite. Tentative de réduction i fructueuse. M. Lefort voit le malade et reconna une double luxation intra-coracoïdienne complète Comment ce double déplacement s'était-il produit quelle en était la cause ? telles étaient les question qui se posaient naturellement à l'esprit.

Le malade était syphilitique, il avait eu, et enco cela n'était pas absolument certain, un accès épile tiforme très passager. M. Lefort a pensé qu'il ava bien pu avoir des attaques nocturnes d'épilepsie q ont amené la luxation.

D'autre part, l'état de la musculature de l'épau paraissait intact, sauf pour le deltoïde et les muscl sous et sus-épineux qui semblaient un peu affaibli Peut-être en présence de ce fait, serait-on porté admettre une autre interprétation étiologique ou a

(1) Société de chirurgie, 18 janvier 1888.

moins une prédisposition à la luxation qui se serait produite, comme il le pense, au moment d'un accès épileptique. Nous allons examiner cette question plus loin. Toujours est-il que la réduction des deux luxations put être pratiquée au moyen de tractions exercées par trois aides, deux tirant sur le bras en prenant l'aisselle et M. Lefort agissant par propulsion directe sur la tête humérale.

Après quelques jours, pour éviter des récidives toujours fâcheuses, on appliqua un appareil inventé par M. Lefort pour les luxations récidivantes de l'épaule, disposé de façon à s'opposer à la propulsion de la tête humérale en avant et à l'abduction.

Ce fait de luxation double nous a fait penser à ces cas de luxations paralytiques de l'épaule qui se produisent progressivement et sans effort ou plus brusquement chez des sujets atteints d'atrophie de certains muscles du moignon. Smith (*Journal d'Edimbourg* 1837) rapporte un cas de luxation sous coracoïdienne qualifiée de congénitale chez une femme dont les muscles de l'épaule étaient atrophiés. Le Dr Kirmisson (*Revue de Chirurgie* 1878) a publié une observation d'un garçon de 15 ans 1/2 qui, frappé d'une attaque de paralysie infantile à 18 mois, avait conservé une atrophie complète du deltoïde et des muscles sus et sous-épineux. Dans le même travail il rapporte un autre fait beaucoup plus important au point de vue qui nous préoccupe. Sur un sujet il avait observé une luxation double incomplète en dedans, et il y avait en même temps atrophie des deltoïdes et des muscles postérieurs du moignon avec conservation des pectoraux. Ceux-ci attiraient l'extrémité supérieure de l'os en dedans. Dans le cas de M. Lefort il y aura sans aucun doute lieu de surveiller l'état des muscles dont la contractilité semble diminuée.

Un autre fait qui a quelque analogie avec le cas qui nous occupe me revient à l'esprit et mérite d'en être rapproché. Nous avons observé il y a deux ans un malade, ancien syphilitique, qui avait eu dix ans avant le moment où nous l'étudiâmes, une hémiplégie syphilitique gauche avec paralysie du moteur oculaire commun. Quelques années après, il survenait spontanément une lésion de la hanche que nous reconnûmes pour être une subluxation en haut et en arrière avec atrophie du fessier. Au moment où nous l'observions, le malade accusait des douleurs dans l'épaule gauche, le membre était impuissant, le deltoïde un peu atrophié. En explorant l'articulation, on s'apercevait que la tête humérale était plus abaissée que du côté sain ; qu'elle était plus rapprochée de l'apophyse coracoïde et qu'on lui faisait facilement exécuter, d'avant en arrière, un mouvement de recul qui la restituait dans sa position normale. Ce déplacement s'accompagnait d'un frottement rugueux et semblait dû à une altération des surfaces articulaires avec atrophie partielle du deltoïde.

Quel était le rôle de la syphilis chez notre malade ? Nous ne saurions le dire ; il est probable que ces lésions articulaires multiples, variées, et progressives qu'il présentait n'étaient que des troubles trophiques consécutifs à son ancienne attaque d'hémiplégie. Nous ne cherchâmes pas à maintenir le déplacement réduit; mais les mouvements du bras revinrent sous l'influence du massage, des frictions et de l'électricité.

Résultats de l'opération de la cataracte à la clinique ophthalmologique de l'Hôtel-Dieu (1).

M. le professeur Panas a donné le compte rendu de sa statistique des opérations de cataracte pratiquées à la clinique de mai 1884 au 31 décembre 1887. Dans toutes ces opérations, au nombre de 460, il a toujours pratiqué le lavage de la chambre antérieure et une antisepsie ante et post opératoire des plus rigoureuses. Les résultats ont été excellents, comme on peut en juger d'après le tableau synoptique que nous en dressons ; l'habile opérateur de l'Hôtel-Dieu a vu disparaître la panophthalmie, et les résultats optiques de l'opération ont été notablement améliorés.

Voici le nombre d'opérations et d'accidents observés par année :

Juin 1884. — 50 opérations. — Lavage de la chambre antérieure au biiodure à 1/20000 — 1 suppuration au 7e jour.

1885. — 105 opérations. — Aucun accident.

1886. — 87 opérations. — 1 cas d'iritis purulent.

1887. — 217 opérations. — 115 lavages, 58 injections de solution saturée d'acide borique — pas un seul cas de suppuration.

On ne peut incriminer les états *dyscrasiques* précédant l'opération ou survenant après elle. Il y avait, parmi les malades du professeur Panas, 10 diabétiques, 4 albuminuriques, 2 érysipèles, 1 pneumonie, 1 rhumatisme articulaire aigu.

Et au point de vue des résultats définitifs nous relevons les chiffres suivants.

Enclavements de l'iris........	23.	5 %
Suppuration de l'œil.........	2.	0,4 %
Vision insuffisante..........	31.	6,7 %
Vision complète..............	427.	32 %

L'antisepsie bien comprise donne donc un succès optique à peu près constant ; elle a diminué notablement le nombre des complications post-opératoires ; elle a fait disparaître la panophthalmie ; elle a permis de ne point tenir compte des maladies dyscrasiques, qui sont, comme chacun sait, l'origine fréquente de complications post-opératoires.

M. le professeur Panas fait ensuite un plaidoyer serré et convaincant en faveur de la pratique du lavage intra-oculaire. Pour lui, ce lavage est *nécessaire*, car la chambre antérieure peut être infectée non seulement par les instruments, mais bien plus encore par les bulles d'air qui s'introduisent fatalement dans son intérieur au moment de l'incision.

Pour qu'elle soit *utile et efficace*, il ne faut injecter que quelques gouttes de liquide et non une seringue entière. Il ne faut jamais produire avec la seringue une aspiration pour enlever les débris cap-

(1) Académie de médecine, 31 janvier 1888.

sulaires ; ceux-ci doivent être expulsés par d'autres manœuvres.

Le liquide d'injection doit être *très antiseptique et non irritant*; aussi, à la suite d'expériences faites au laboratoire de la clinique, M. Panas a adopté la solution saturée d'acide borique dont il injecte maintenant quelques gouttes avec le plus grand succès.

Influence du traumatisme sur la grossesse (1)

M. Jeannel (de Toulouse) a cherché à établir cette influence d'après deux observations. Une femme enceinte de cinq mois a le bras écrasé, on lui fait l'amputation ; elle guérit en présentant quelques accidents, un petit abcès, une température de 38° le soir ; sa grossesse n'a subi aucun retentissement. Il injecte dans les veines d'une chienne pleine un liquide septique; cet animal devient malade, avorte et guérit sans péritonite ni accidents généraux. M. Jeannel conclut de ces deux observations que la fièvre traumatique seule, sans apparition de septicémie aiguë, n'est pas capable d'occasionner l'avortement : sa malade a continué sa grossesse, tandis que la chienne a avorté dès le lendemain de l'injection. M. Marchand, rapporteur du travail de M. Jeannel, ne peut voir dans la première observation un cas de fièvre traumatique simple ; il partage l'opinion de beaucoup d'auteurs qui admettent que la fièvre traumatique est toujours septique, mais à un degré plus ou moins grand. M. Beyer pratiqua sur une jeune femme enceinte de 7 mois l'amputation inter-trochantérienne de la vessie ; la guérison eut lieu sans le moindre incident ; néanmoins, peu de jours après sa terminaison complète, la malade, qui n'avait eu aucun état septique, accouchait prématurément. L'effet du traumatisme peut donc être considérablement retardé. M. Monod a observé un cas où l'ablation d'un kyste de l'ovaire a pu être faite sans qu'une grossesse à six mois ait été interrompue.

Cette influence du traumatisme sur la grossesse semble donc bien difficile à préciser ; cependant, le sujet en vaut la peine et nous croyons qu'il est intéressant d'entrer ici dans quelques détails. Dans une communication au congrès de Genève de 1877, M. Verneuil rappelait l'historique de cette question, la thèse de Benjamin Verneuil en 1848, celle de Valotte (1882), où était formulée une règle précise : *la grossesse contre-indique les opérations sauf les cas d'absolue nécessité*. Paget (1867), M. Verneuil, Petit (1870), et plus tard Cornillon (1872) et Massot (1873), avaient défendu la même doctrine. Dans sa communication, le professeur de la Pitié rapportait cinq faits sur les relations du traumatisme et de la grossesse; nous y relevons deux faits : l'un d'abcès de la grande lèvre et l'autre de cataracte qui avaient amené l'avortement.

Il faut tenir grand compte du siège des actes opératoires par rapport à l'utérus et en général on est porté à croire que plus on se rapprochera de la sphère génitale, plus les chances d'interruption de la grossesse seront grandes.

Néanmoins, dans une thèse d'agrégation de 1886, (De la grossesse compliquée de kyste ovarique, Rémy), où la question est étudiée avec le plus grand soin, nous trouvons des conclusions importantes basées sur un grand nombre d'observations. En chiffres bruts, Remy démontre que l'ovariotomie pendant la grossesse n'expose qu'une femme sur cinq, tandis que pendant les trois mois qui suivent l'accouchement la mortalité est de 1 sur 2. Dans les cas de kystes uni ou pauci-loculaires croissant très peu vite et ne donnant pas lieu à des malaises, il faut attendre et surveiller. Si les malaises surviennent, faire une ponction très prudente et s'efforcer de ne plus la renouveler. Si le liquide se reproduit très vite, faire l'ovariotomie sans hésiter dans les cinq premiers mois ; la faire également avant la fin de la gestation si les accidents deviennent par trop pressants. Si ceux-ci surviennent tout à fait à la fin de la grossesse, il faut pratiquer l'accouchement prématuré artificiel. Les kystes multiloculaires, les kystes complexes de nature maligne devront aussi être opérés dans les premiers mois de la grossesse.

D'après le professeur Vautrin, professeur agrégé à Nancy, (Traitement chirurgical des myômes utérins, agrég. 1884), l'extirpation des myômes pédiculés se fait pendant la grossesse; elle donne 25 % de décès, même proportion que pour l'état gravide. Sur huit cas qu'il a rassemblés il compte deux morts, et six guérisons dont deux fois avec avortement ; quatre fois l'accouchement se fit à terme. Quant aux autres opérations, amputations sus-vaginales, elles ont un pronostic très grave.

Récemment nous avons observé, dans le service de M. le professeur Trélat, à la Charité, une jeune femme de 20 ans, enceinte de cinq à six mois, qui était entrée pour des ulcérations anales s'accompagnant de douleurs spasmodiques violentes et opiniâtres M. Trélat pratiqua la dilatation de l'anus ; il n'y eut aucun retentissement sur l'état de l'utérus.

Il semble que l'on peut conclure de tout ce que nous venons de dire que les traumatismes peuvent retentir de différentes façons sur la grossesse. Ceux qui se passent dans la sphère utéro-ovarienne, génitale, ont des chances d'autant plus grandes de provoquer les contractions expulsives qu'on se rapproche de l'utérus. Si on est obligé néanmoins d'intervenir, il faut le faire, mais en ayant soin de ménager autant que possible la susceptibilité de cet organe. Dans les faits rapportés par MM. Jeannel, Marchand, Beyer, on voit que des traumatismes opératoires graves ont provoqué ou non l'avortement sans porter directement sur la sphère génitale (bras, cuisse). L'expérience de M. Jeannel semble montrer une chose positive, c'est que les maladies infectieuses doivent agir sur l'utérus comme un poison excitant sa contractilité musculaire ; la septicémie expérimentale chez la chienne de M. Jeannel, la variole chez une malade de M. Marchand, les cas d'avortement dans les maladies graves, infectieuses, (variole, érysipèle, scarlatine) en sont des exemples.

Dr Barette.

(1) Société de chirurgie 25 janvier et 1er février.

MÉDECINE PRATIQUE

Les névropathies réflexes d'origine nasale.

(*Suite.*)

III

Il est important de savoir que les lésions du nez qui donnent lieu aux accidents névropathiques énumérés précédemment sont non pas les maladies aiguës, inflammatoires ou infectieuses qui atteignent la muqueuse nasale (sinon peut-être la coqueluche), mais presque exclusivement des affections chroniques, non destructives, superficielles et en apparence très bénignes.

Ce ne sont ni les manifestations nasales de la diphthérie, de la syphilis, de la tuberculose, de la lèpre, du rhinosclérome, la plupart du temps indolentes, ni les tumeurs malignes ou bénignes des fosses nasales, à l'exception des polypes muqueux, qui éveillent des réflexes proches ou éloignés.

C'est quelquefois la rhinite atrophique avec rétention des sécrétions sous forme de croûtes, ou même le catarrhe nasal chronique simple ; mais c'est surtout, dans la très grande majorité des cas, un ensemble de lésions assez complexes, qu'on a jusqu'ici réunies sous la dénomination de *rhinite hypertrophique*.

Dans la rhinite hypertrophique, il existe toujours un épaississement de la membrane de Schneider, mais cet épaississement n'est pas toujours causé par des lésions inflammatoires. Il peut y avoir néoformation de tissu muqueux (Chatellier), hypertrophie du tissu conjonctif avec altérations glandulaires ou simple tuméfaction sanguine du tissu érectile sous-muqueux (Hack).

La manière plus ou moins rapide et plus ou moins complète dont les badigeonnages avec une solution concentrée de cocaïne produisent, en même temps que l'anesthésie, la vaso-constriction de la muqueuse, peut être utilisée pour faire le diagnostic entre l'état simplement congestif et les lésions histologiques permanentes.

Les sujets qui ont la congestion chronique de la muqueuse nasale peuvent éprouver une sensation de sécheresse très désagréable du nez sans qu'on voie d'altération bien nette ; le plus souvent pourtant on constate sur la muqueuse la rougeur, l'état catarrhal.

Il peut exister aussi des névroses réflexes chez des sujets qui ont seulement une étroitesse congénitale ou acquise des fosses nasales par déviations de la cloison ou du cornet moyen.

Enfin, isolés ou coïncidant avec les lésions nasales, les tumeurs adénoïdes du pharynx nasal, le catarrhe naso-pharyngien vulgaire ou sec, le catarrhe de la bourse naso-pharyngienne de Thornwaldt peuvent produire des névropathies réflexes.

Le mécanisme pathogénique des névropathies d'origine nasale a été très discuté. Contrairement à l'opinion primitive de Hack qui considerait le gonflement des corps caverneux du nez, la congestion du tissu érectile sous-muqueux comme une condition nécessaire et suffisante de l'apparition des névropathies réflexes, la plupart des rhinologistes admettent aujourd'hui que le point de départ des réflexes est dans la terminaison des nerfs sensibles de la muqueuse. Quand la tuméfaction des corps caverneux existe seule, on peut admettre qu'elle suffit à irriter par compression les terminaisons nerveuses contenues dans l'épaisseur de la muqueuse.

Les rhinologistes ne sont pas d'accord sur la question de savoir s'il existe un point de la muqueuse nasale qui soit plus particulièrement l'origine des réflexes. Hack admettait d'abord que c'était l'extrémité antérieure du cornet inférieur, puis le bord antérieur et l'angle du cornet moyen ; J. N. Mackenzie a dévolu ce rôle à la partie postérieure du cornet inférieur et à la partie correspondante de la cloison. Héring et Baratoux ont attribué les phénomènes pathologiques à l'irritation exercée par les cornets hypertrophiés sur la partie postérieure de la cloison. Enfin, suivant Lublinski, toutes les régions contenant du tissu érectile et d'après Ruault, toute la muqueuse nasale peut donner lieu à des réflexes pathologiques. Si la muqueuse nasale provoque plus de réflexes que d'autres organes, c'est qu'elle est une des plus riches du corps en nerfs sensibles.

Outre l'irritation causée sur la muqueuse même par les corps étrangers, les poussières ou les lésions inflammatoires, il y a souvent lieu de faire intervenir, pour expliquer le mécanisme pathogénique, une influence cérébrale, psychique ; tel individu qui était pris de coryza des roses à la seule vue d'une rose artificielle (Mackenzie), tel autre qui avait un accès d'asthme des foins quand il touchait sa figure après avoir touché un chevreuil (Sommerbrodt), le jeune homme cité par Romberg qui avait des accès d'éternuement chaque fois qu'il avait des idées érotiques, fournissent des exemples d'enchaînements nerveux dans lesquels une impression psychique provoque une congestion des corps caverneux du nez, qui à son tour éveille des réflexes lointains.

Un rapport entre la congestion du tissu érectile du nez et l'érection génitale a été signalé par plusieurs observateurs ; chez les femmes on a noté le gonflement de la muqueuse du nez pendant l'époque menstruelle et on a invoqué ce fait pour expliquer certain cas de céphalalgie migraineuse survenant à chaque époque catameniale.

Signalons encore, avec M. Ruault, la tuméfaction de la muqueuse du nez, comme la rougeur des narines et des parties voisines, coïncidant avec la dilatation de l'estomac.

Enfin il faut ajouter que par-dessus toutes les influences pathogéniques locales, on doit admettre l'existence d'une prédisposition générale. M. Joal a pensé que les arthritiques présentaient plus que d'autres cette prédisposition.

IV

Comment est-on conduit à porter le diagnostic de névropathie réflexe d'origine nasale ? — Il ne suffit pas de constater la coïncidence d'une affection du nez et d'une maladie nerveuse. Il faut examiner méthodiquement les fosses nasales et à plusieurs reprises, alternativement pendant l'accès et en dehors des accès. Mais la première condition pour que cet examen soit fructueux, c'est de se placer dans des conditions d'éclairage suffisantes. Une lampe, la lumière ordinaire du jour sont insuffisantes ; il faut une source lumineuse puissante (soleil, lumière de Drummond ou lumière électrique) dont on reçoit les rayons sur un miroir de Trœltsch pour les diriger dans la narine pendant qu'on regarde dans le trou placé au centre du miroir.

Pour dilater la narine, il suffit d'un petit spéculum plein, légèrement conique, aplati latéralement et assez long pour écarter l'extrémité du cornet infé-

rieur quand elle est tuméfiée. En dirigeant ce spéculum dans diverses directions et en faisant varier l'inclinaison de la tête du malade, on peut arriver ainsi à explorer la plus grande partie des fosses nasales, se rendre compte des déviations de la cloison, des anomalies des cornets, de l'aspect de la muqueuse, de la nature de ses sécrétions.

On contrôle la vue par le toucher, à l'aide d'une sonde mousse coudée, au point de vue de la consistance, de l'élasticité et de la sensibilité des divers points de la muqueuse.

En cas de tuméfaction des parties antérieures cachant les parties moyennes et profondes, on obtiendra, par le badigeonnage avec une solution concentrée de cocaïne, une réduction notable du volume des parties tuméfiées qui permettra d'apercevoir alors les parties d'abord cachées.

Enfin la rhinoscopie et la pharyngoscopie postérieure, c'est-à-dire l'exploration de la partie postérieure des fosses nasales et du pharynx nasal avec un miroir laryngien tourné en haut, compléteront les notions précédemment acquises. Mais la rhinoscopie postérieure ne peut être bien faite qu'après une éducation préalable du médecin et du malade. Pour rendre les tentatives plus aisées, on insensibilisera le pharynx et le voile du palais par l'administration interne de bromure de potassium et les badigeonnages avec une solution de cocaïne glycérinée.

L'exploration avec le doigt recourbé en crochet et introduit derrière le voile du palais peut renseigner sur l'existence des végétations adénoïdes du pharynx nasal, et à l'aide d'un porte-ouate courbe promené sur la paroi postérieure et la voûte du pharynx, on pourra ramener des mucosités plus ou moins concrètes attestant l'existence d'un catarrhe naso-pharyngien.

Quand, par la combinaison de ces divers moyens d'exploration, on est arrivé à constater des lésions nasales ou naso-pharyngiennes, si la lésion est permanente ou progressive, gênante ou pénible pour le malade, on peut, tout en réservant la question de savoir si la lésion nasale est la cause de la névropathie, soumettre sans plus tarder le malade au traitement de cette lésion nasale. En admettant que l'on ne le débarrasse pas de sa névropathie, on lui aura déjà rendu service en guérissant une affection désagréable du nez et on pourra plus d'une fois le débarrasser du même coup des accidents névropathiques.

Quand la lésion nasale est légère, bien que permanente, il faut, d'après la façon dont l'évolution s'est faite, l'allure des accès, la coïncidence des symptômes nasaux avec les symptômes nerveux, chercher à réunir les probabilités en faveur de l'antériorité de la lésion nasale. L'accès de toux nerveuse, d'asthme, débute-t-il par des éternuements ou alterne-t-il avec eux ? S'agit-il de céphalalgies, de migraines, de névralgies, d'aphonie, le malade a pu remarquer qu'avant ou pendant l'apparition de son accès, les narines ont été moins perméables à l'air, qu'il y a eu de la rhinorrhée séreuse et des éternuements. On peut essayer de provoquer l'accès de la névrose en irritant légèrement avec une sonde divers points de la muqueuse nasale. On peut essayer de l'enrayer au contraire ou de le faire avorter par un badigeonnage avec la solution concentrée de cocaïne.

Le traitement varie évidemment suivant la nature de la lésion nasale que l'on constate.

« Il est presque toujours d'une longue durée, dit M. Ruault, et nécessite beaucoup de patience, tant de la part du médecin que de celle du malade.

S'il s'agit de polypes ou autres tumeurs, leur extraction ne constitue pas tout le traitement ; il y a lieu encore, non seulement de visiter pendant assez longtemps, à des intervalles réguliers, les fosses nasales, afin de s'opposer au développement des récidives, mais encore de traiter les rhinites chroniques qui compliquent si fréquemment la maladie.

Dans le cas où l'une des diverses formes de la rhinite chronique est seule en cause, les divers pansements, irrigations et pulvérisations, doivent être faits longtemps et très régulièrement, sous peine de ne donner que des résultats incomplets.

Dans la forme hypertrophique, les divers écraseurs, les cautérisations chimiques exactement limitées aux points malades, et surtout la galvano-caustique, rendent les plus grands services. Mais ce dernier mode de traitement surtout ne peut rendre tout ce qu'il est capable de donner que lorsqu'il est appliqué par une main sûre et expérimentée. Un opérateur inhabile risquerait d'aller à l'encontre du but, et il suffira de rappeler, parmi les conséquences des opérations mal faites, les adhérences cicatricielles des cornets entre eux et à la cloison, consécutives à des cautérisations ignées faites à l'aveugle, et non suivies de pansement.

Dans les cas où il existe soit des déviations marquées, soit des exostoses de la cloison, ou encore des déviations ou des vices de conformation des cornets, etc., on doit opposer à ces diverses anomalies les opérations chirurgicales indiquées. »

Si le médecin est assez adroit et possède un éclairage et un outillage suffisant, il pourra entreprendre lui-même, dans beaucoup de cas, le traitement de son malade. Mais il faut bien reconnaître qu'il y aura avantage dans plus de cas encore à envoyer le malade à un rhinologiste ; le développement constant de la spécialisation est une des conséquences nécessaires des progrès de la médecine. Le médecin ne peut plus prétendre faire tout lui-même. Il aura déjà rempli bien son devoir quand il aura fait un diagnostic trop souvent méconnu et procuré ainsi, directement ou indirectement, à son client une guérison dont le client lui sera reconnaissant.

P. Le Gendre.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Assistance médicale dans les campagnes.

Nous publions l'organisation de l'assistance publique dans le *Loiret*. Nos lecteurs savent que cette organisation préoccupe le gouvernement, qui veut l'étendre à toute la France. Nous avons tous un intérêt majeur à ce que les solutions n'interviennent pas sans avis motivé du corps médical. Nous ne pouvons forcer nos gouvernants à nous donner cette satisfaction qu'en nous en occupant nous-mêmes, en lui prouvant que nous avons étudié et que nous connaissons à fond la question.

Elle est à l'ordre du jour. C'est pourquoi nous venons prier nos confrères de suivre l'exemple de ceux qui ont exposé à l'Union des syndicats l'organisation actuelle de leurs régimes.

Les médecins de cette Association qui a étudié ou va étudier l'organisation de l'assistance publique

doivent adresser le travail qui les résume à M. le Dr Barat-Dulaurier, directeur du *Bulletin des syndicats*, à St-Antoine-sur-l'Isle (Gironde), ou à M. le Dr Gassot, à Chevilly (Loiret).

Nos confrères prépareront, de concert, un travail d'ensemble. Il permettra de se présenter, en bonne posture, aux préparateurs de la loi.

(*N. de la R.*)

—

Lors de la dernière Assemblée Générale, l'*Union des Syndicats* a chargé une commission spéciale d'étudier la question de l'assistance publique dans les campagnes et de préparer un projet complet qui serait soumis au ministre compétent.

Elle invitait chaque syndicat à faire connaître l'organisation du service dans le département auquel il appartient.

La Commission se compose de MM. les docteurs :

Lardier, de Rambervilliers (Vosges).
Gauthier, de Luxeuil (Haute-Saône).
Lécuyer, de Beaurieux (Aisne).
Gassot, de Chevilly (Loiret).
Mignen, de Montaigu (Vendée).
Chaumier, du Grand-Pressigny (Indre-et-Loire).
Leroy, de Villiers-le-Bel (Seine-et-Oise).

Elle va incessamment commencer ses travaux, mais il importe qu'elle soit saisie de documents précis. Elle invite donc les syndicats médicaux et plus spécialement les médecins qui s'occupent de la question à lui transmettre le plus tôt possible les *règlements officiels* en vigueur dans les divers départements. Ces règlements seront immédiatement publiés et permettront une étude comparative sérieuse des divers systèmes (1).

La Commission informe les intéressés que la question de l'assistance publique est, en ce moment même, à l'ordre du jour : il n'y a donc pas de temps à perdre.

—

1° *Règlement officiel du service de la médecine gratuite dans le département du Loiret,*

Institué par arrêté préfectoral en date du 24 décembre 1883.

RÉGLEMENT

CHAPITRE 1er. — ATTRIBUTIONS DES MÉDECINS CANTONAUX. — COMPOSITION DU CORPS MÉDICAL.

Article premier. — Le service départemental de la médecine gratuite sera assuré par un inspecteur départemental et par des Médecins cantonaux nommés par le Préfet.

Art. 2. – Les Médecins cantonaux sont chargés :

1° Du traitement des malades indigents ;

2° De la vaccination gratuite ;

3° De la surveillance des enfants assistés, ainsi que des vieillards ou infirmes placés au compte du département chez les particuliers ;

4° De l'inspection de l'hygiène publique.

Les attributions des Médecins cantonaux indiquées aux §§ 2, 3 et 4 ci-dessus, s'étendront à toutes les communes comprises dans leurs circonscriptions respectives.

Le service départemental de la médecine gratuite ne s'appliquera qu'exceptionnellement aux communes pourvues d'établissements hospitaliers.

Art. 3. — Les Médecins cantonaux recevront une indemnité annuelle qui se composera pour chacun d'eux : 1° de l'allocation de 1 franc par indigent, votée par chacune des communes de sa circonscription ; 2° d'une indemnité de déplacement, calculée à raison de 5 centimes par kilomètre parcouru et par indigent. La distance sera comptée du chef-lieu de la commune de la résidence du médecin au chef-lieu de chacune des communes de la circonscription. Le nombre des indigents entrant dans le calcul de l'indemnité de déplacement sera calculé invariablement sur le vingtième de la population.

Art. 4. — Dans le premier mois de chaque année, les Médecins cantonaux adresseront au Préfet, par l'intermédiaire de l'Inspecteur, leur rapport sur les résultats du service pendant l'exercice précédent.

Ils correspondront avec l'Inspecteur du service par l'intermédiaire des Maires.

. . . .

CHAPITRE II. — CONFECTION DE LA LISTE DES INDIGENTS ET TRAITEMENT DES MALADES.

Art. 5. — La liste des indigents sera dressée chaque année par le Conseil municipal dans la session de novembre, en présence du Médecin cantonal, ou lui dûment convoqué. Cette liste ne devra pas dépasser le vingtième de la population, à moins de circonstances exceptionnelles qui seront soumises à l'appréciation du Préfet.

La liste sera établie en triple expédition, dont la première sera adressée à la Sous-Préfecture, à la Préfecture pour l'arrondissement chef-lieu ; la seconde sera envoyée avant le 1er décembre au médecin de la circonscription ; la troisième sera conservée dans les archives de la commune.

Le Conseil municipal pourra, en cas d'urgence, faire dans le courant de l'année des additions à cette liste, en observant les mêmes règles que pour la liste primitive.

En cas de difficultés ou de réclamations sur la liste des indigents, le Préfet statuera.

Art. 6. — Les communes contribueront aux dépenses du service au moyen de l'allocation de *1 franc* par chaque indigent porté sur la liste qui aura été dressée conformément à l'art. 5.

Toute commune qui refuserait de voter cette allocation cesserait de participer aux avantages du service médical gratuit.

Art. 7. — Les Médecins cantonaux traiteront à domicile, *sur la demande du maire*, les malades indigents compris sur la liste qui ne pourraient, sans inconvénient, se transporter chez eux.

Dans les cas urgents, ils pourront être appelés directement par le malade ou sa famille.

Art. 8. — Ils donneront les secours de l'art aux enfants assistés, aux vieillards et infirmes placés dans les familles au compte du département.

A cet effet, l'Inspecteur du service des enfants assistés donnera avis des placements, au fur et à mesure qu'ils s'opéreront, à l'Inspecteur du service médical, qui en informera les médecins cantonaux. Pareil avis sera donné aux médecins cantonaux par l'intermédiaire de l'Inspecteur départemental du service médical en ce qui concerne les vieillards et infirmes placés chez des particuliers au compte du département.

. . . .

Art. 10. — Ils feront, au moins deux fois par an, une tournée générale dans toutes les communes de leurs circonscriptions, afin de s'assurer de l'état sanitaire des lieux et des populations, et de visiter les enfants assistés ainsi que les indigents placés en pension au compte du département.

Ces visites devront être faites par eux à l'improviste, afin de les mettre à même d'apprécier, d'une manière plus sûre, si les conditions hygiéniques, concernant l'alimentation, l'habitation et les vêtements, sont convenablement observées.

Les Médecins cantonaux auront aussi à s'enquérir, dans ces visites, de la situation, sous le rapport moral des pensionnaires du département, et particulièrement des enfants assistés.

. . . .

Art. 16. — Les pharmaciens ou les médecins qui auront fourni des médicaments seront payés sur la pro-

(1) Les diverses communications seront adressées à M. le Dr Gassot, de Chevilly, qui se charge de les classer.

duction de mémoires transmis, tous les six mois, à l'Inspecteur du service médical ; ces mémoires, conformes au modèle n° 2 (1), seront fournis en double expédition, dont une sur timbre.

Les ordonnances des médecins seront produites à l'appui des mémoires des pharmaciens.

Elles porteront en titre : *Service médical gratuit.*

. . . .

CHAPITRE III. — DE LA VACCINE.

. . . .

Art. 22. — Les Médecins cantonaux sont spécialement chargés de vacciner les enfants indigents désignés à cet effet sur la liste, ainsi que les enfants assistés et les enfants du premier âge.

. . . .

Art. 28. — Dans les cas où une épidémie de petite vérole viendrait à éclater sur quelques points de leurs circonscriptions, les Médecins cantonaux devront s'y transporter immédiatement, à l'effet de vacciner les personnes et les enfants qui n'auraient pas encore été soumis à cette opération.

CHAPITRE IV. — DE LA SURVEILLANCE DES ENFANTS ET DES VIEILLARDS ET INFIRMES PLACÉS CHEZ LES PARTICULIERS AU COMPTE DU DÉPARTEMENT.

Art. 29. — Les Médecins cantonaux sont chargés, sous le rapport moral et physique, de la surveillance des enfants assistés qui seront placés chez les particuliers au compte du département.

En ce qui concerne cette partie de leur service, ils devront se mettre en rapport avec l'Inspecteur départemental des enfants assistés.

Ils exerceront la même surveillance sur les vieillards et infirmes placés chez les particuliers au compte du département et consigneront dans un rapport annuel le résultat de leurs visites.

CHAPITRE V. — DE L'HYGIÈNE PUBLIQUE.

Art. 30. — Les Médecins cantonaux sont chargés de veiller à tout ce qui regarde la salubrité publique. En conséquence, dans toutes les tournées et visites prévues au présent règlement, ils signaleront, tant à l'autorité locale qu'aux Préfets et Sous-Préfets, pour leurs arrondissements respectifs, toutes les causes d'insalubrité et les infractions aux lois sanitaires, en indiquant les moyens de remédier aux inconvénients qui en résulteraient.

Art. 31. — Dès qu'une épidémie se manifestera dans une commune, le Médecin cantonal s'y transportera immédiatement ; il en donnera avis au Sous-Préfet de l'arrondissement et provoquera auprès de l'autorité compétente toutes les mesures exigées par les circonstances.

Le Préfet du Loiret.

Au service de la médecine cantonale est rattaché le service de l'inspection médicale des écoles créé par arrêté préfectoral en 1887.

EXTRAIT DU RÈGLEMENT SUR LE SERVICE D'INSPECTION DES ÉTABLISSEMENTS D'INSTRUCTION PRIMAIRE.

§ II. — *Médecins inspecteurs. Leurs attributions.*

Art. 3. — Sous la réserve des nécessités du service et des conditions exigées par l'article 136 du décret du 18 janvier 1887, les médecins cantonaux sont nommés médecins inspecteurs des écoles publiques et privées comprises dans leurs circonscriptions respectives.

Art. 4. — Leur inspection porte sur la salubrité des bâtiments scolaires, sur l'hygiène et sur la santé des enfants en ce qu'elle peut intéresser la santé générale de la classe.

Ils signalent à l'administration les travaux de réparation, de nettoyage ou de désinfection qui leur paraissent nécessaires, et constatent l'exécution des travaux qui ont été ordonnés.

(1) Ils sont dressés conformément à un tarif par l'Inspecteur départemental et approuvés par le préfet.

Ils s'assurent que les enfants admis à l'école ont été vaccinés et ne sont atteints d'aucune maladie contagieuse.

Ils peuvent provoquer la fermeture des classes en temps d'épidémie, et ordonner l'exclusion temporaire de tout enfant dont la présence serait une source de danger pour les autres élèves.

Art. 5. — A cet effet, deux fois par année, à époques régulières (1er à 30 novembre et 1er mars à 15 avril), les médecins inspecteurs visitent toutes les écoles publiques de leurs circonscriptions.

Ils peuvent aussi, dans l'intervalle, en cas d'urgence, être requis par les Maires et les Inspecteurs primaires de procéder à des visites réglementaires, soit dans les écoles publiques, soit dans les écoles privées.

Art. 6. — Lors de ces visites, les médecins inspecteurs examinent successivement et individuellement tous les enfants.

Ils adressent, pour chaque visite, un rapport spécial à l'administration.

A la visite de printemps, ils examinent plus particulièrement les bâtiments scolaires et signalent les travaux qui doivent être exécutés pendant les vacances. A la visite de novembre, ils s'assurent que ces travaux ont été exécutés.

Art. 7. — Les médecins inspecteurs reçoivent, pour chaque visite réglementaire : 1° une allocation de 3 fr. pour toute école ne recevant pas plus de 50 élèves, avec augmentation de 1 fr. par 25 élèves ou fraction de 25 élèves en plus ; 2° une indemnité de déplacement calculée à raison de 50 centimes par kilomètre.

Les visites faites sur réquisition des Maires et des Inspecteurs primaires donnent droit aux mêmes allocations.

Ces diverses visites sont constatées par l'envoi des rapports dont il est parlé à l'article 6.

. . . .

§ V. — *Dépenses du service.*

Art. 15. — Pour participer aux avantages du service, les communes devront prendre à leur charge les honoraires et les frais de déplacement afférents aux visites réglementaires et aux visites faites dans les écoles publiques et privées sur réquisition du Maire.

Les dépenses générales du service et celles qui seront nécessitées par les visites faites sur réquisition de l'Inspecteur primaire demeureront à la charge du département.

Fait à Orléans, le 20 octobre 1887.

Le Préfet du Loiret,

Les médecins cantonaux sont enfin, chacun pour leur circonscription, nommés médecins inspecteurs des enfants du premier âge.

Ils reçoivent, pour ce service spécial, une indemnité de un franc par enfant et par mois.

Le service des accouchements des femmes indigentes est confié aux sages-femmes diplômées qui reçoivent une allocation de cinq francs par accouchement.

2° *Résultats généraux de cette organisation, d'après le rapport du Préfet au Conseil Général.*

Année 1886.

Nombre des cantons	31
Nombre des médecins cantonaux	79

Nombre des communes : 349, avec 375,905 habitants ; nombre des communes participant au service : 327, avec 258,800 habitants (1).

Nombre des indigents inscrits	13.006
Nombre des indigents soignés	3.828
Visites faites à domicile	9.382
Consultations	5.959
Nombre des ordonnances	9.451
Prix des médicaments	13.590 75

(1) Treize communes ne sont pas admises, étant pourvues d'hôpitaux.

Neuf communes ont refusé la participation.

Traitement des médecins cantonaux :

Allocation pour indigents inscrits.	13.006
Indemnités kilométriques........	2.431 40
	15.437 40

BUDGET

Dépenses totales du service.........	31.341 53
Recettes : cotisations communales...	13.006
subvention de l'Etat......	2.400
subvent. départementale.	15.935 53
	31.341 53

Inspection des enfants du premier âge.

Traitement des médecins inspecteurs... 23,724 fr.

L'Inspection médicale des écoles ne fonctionnant qu'à partir du 1er janvier 1888, il est impossible de donner aucun chiffre.

Dr A. GASSOT,
Inspecteur départemental du service de la médecine cantonale dans le Loiret.

BULLETIN DES SYNDICATS
ET DE
L'UNION DES SYNDICATS

DIRECTEUR : Dr BARAT-DULAURIER

Correspondance.

Nous extrayons quelques réflexions de la lettre d'un des secrétaires des syndicats. Nous estimons qu'elles sont très fondées et nos lecteurs verront à en faire l'application. (*N. de la R.*).

Monsieur et honoré collègue,

« L'Association avait, jusqu'ici, conservé toute seule le dépôt de l'honneur médical.

Elle en est digne, mais elle peut quelquefois se tromper. Il faut que les Syndicats soient là, tout prêts, pour discuter ces erreurs possibles. Le syndicat représentera les modestes praticiens, tous les praticiens, même ceux qui ne se laissent influencer ni par l'École, ni par les préjugés de situation médicale acquise, et il sera toujours prêt à juger sainement les œuvres de l'exercice médical.

Voilà pourquoi, cher et honoré collègue, l'œuvre des syndicats que vous avez entreprise et défendue, vivra, parce qu'elle s'appuie sur des principes certains, sur un but noble et utile. J'ajoute que cette œuvre est venue à son heure. Le travail social, qui s'accomplit partout, ne nous est pas favorable, à nous qui exerçons des professions libérales. Si la médecine ne se défend pas par l'association syndicale, nous pouvons prédire sa ruine peut-être, son abaissement sûrement à d'ici quelques années. La profession n'est-elle pas encombrée par les nouveaux arrivants ? La concurrence n'est-elle pas nécessairement désastreuse pour tous dans ces conditions ? Le charlatanisme, plus habile il est vrai depuis dix ou vingt ans, n'est-il pas une plaie vive rongeant le corps médical au dehors comme au dedans ?

Depuis longtemps vous avez distingué tout cela, cher et honoré confrère, et vous avez lutté, et vous avez signalé le danger dans vos discours, dans votre journal, partout où on a bien voulu vous écouter.

Votre œuvre s'est répandue au loin, mais elle a trouvé des obstacles, ils cèderont devant nos efforts persévérants. Le jour, par exemple, où les sociétés de secours mutuels monteront définitivement à l'assaut du corps médical, les médecins se réveilleront. Lassés d'être exploités sans cesse, d'être commandés par des clients ingrats qui les considèrent comme de simples entrepreneurs à tant l'heure ou la journée, nos confrères sentiront leur dignité froissée et ils viendront demander au syndicat la force qui leur manque dans leur isolement.

Veuillez m'excuser, cher et honoré confrère; j'ai commencé cette lettre avec l'intention de vous écrire deux mots seulement et voilà que j'ai raisonné longuement. C'est que je n'oublie pas les confrères qui sont à la peine et qui méritent bien qu'on leur fasse savoir, de temps en temps qu'ils ont quelques chauds partisans partout... »

Compte rendu des travaux du Syndicat de la Loire-Inférieure.

Messieurs et chers confrères,

Ce n'est pas sans une certaine appréhension que je viens, chaque année, vous exposer dans un tableau fidèle le résumé de vos travaux.

En apparence, l'année qui vient de s'écouler a été moins fertile et moins laborieuse que les années précédentes ; en réalité, elle a fait surgir devant vous des questions délicates de déontologie médicale, des négociations difficiles avec les sociétés de secours mutuels, des règles de conduite à étudier avec les Cies d'assurances et de nombreuses discussions sur l'exercice illégal de la médecine. Vous avez donc abordé presque tous les points que votre syndicat se propose d'étudier.

Mais si vous avez jugé définitivement certaines questions, vous vous êtes contenté d'en effleurer d'autres et vous avez seulement planté quelques jalons sur cette route si longue du progrès pour l'amélioration de notre profession.

Au milieu de cette abondante moisson, mon embarras se justifie de lui-même et j'ose vous demander encore une fois votre bienveillance, qui ne m'a jamais fait défaut, pour excuser ce qu'il y aura d'imparfait dans ce modeste compte rendu.

L'année 1886 venait de finir, laissant après elle des impressions pénibles et des affaires à terminer. Aussi dans votre séance du 13 février, procédant aux élections habituelles du Bureau, n'avez-vous pas hésité à porter vos voix unanimes sur les mêmes confrères. M. Teillais était nommé président, M. Porson, vice-président, et Luneau secrétaire-trésorier.

M. Bernеaudeau, votre président honoraire, M. Destez et M. Pastoureau étaient nommés syndics.

S'il n'était interdit à votre secrétaire de donner son appréciation personnelle, nous oserions dire que cette nomination, toute contraire aux principes habituels du syndicat, qui demandent un renouvellement annuel constant, avait pour but d'approuver la conduite du Bureau dans les circonstances difficiles que lui avaient créées l'année 1886.

Cette année, comme vous le verrez par la suite de ce procès-verbal, toutes les difficultés ont été levées et, tout en remerciant le syndicat de ses suffrages, nous avons l'espoir, pour ma part du moins que vous nous laisserez rentrer dans vos rangs où nous emporterons avec nous le souvenir de l'honneur que vous nous avez fait et le plus grand zèle pour le service de notre association.

Dès le commencement de cette année, deux confrères, étrangers au syndicat, ont posé leur candi-

daure: MM. Boussumier, de Blain, et Couëtoux, de Nantes. Ces messieurs, après avoir subi le temps d'épreuve, ont été nommés, dans les formes réglementaires, membres titulaires du syndicat.

Nous n'avons pas à compter cette année, Dieu merci, comme l'année dernière, de décès dans nos rangs.

L'épreuve des rentrées de cotisations est toujours, pour un cercle, une épreuve que le trésorier n'aborde qu'en tremblant. En effet, refuser définitivement sa cotisation est un moyen de sortir sans bruit d'une association. Nous avons eu la déception de voir trois confrères nous échapper par cette porte: M. Dix-neuf, du Loroux-Bottereau; M. Guihal, de la Chapelle-Basse-Mer et M. Lecerf, de St-Julien-de-Concelles.

Depuis quelque temps déjà, nous savions que MM. Guihal et Lecerf refusaient d'accepter l'affiliation des cercles du département au cercle de Nantes. Il n'y a donc là qu'une question secondaire et ces deux confrères restent, croyons-nous, membres du syndicat de Sèvre-et-Loire.

Comment pourrait-il en être autrement ? MM. Guichal et Lecerf, dix ans avant la création des syndicats médicaux en France, n'avaient-ils pas fondé, de concert avec notre excellent ami le Dr Attimont, un syndicat modèle dans leur arrondissement ?

En résumé, le syndicat de la Loire-Inférieure n'a perdu qu'un seul membre, M. Dix-neuf, du Loroux, et en a acquis deux, MM. Boussumier et Couétoux,

Voyons maintenant quelles questions vous ont été soumises dans le cours de l'année.

Vous aviez étudié les années précédentes, et cela à plusieurs reprises, la question générale des rapports à établir entre les médecins d'une part et les Compagnies d'Assurances sur la vie ou contre les accidents d'autre part. Cette année, l'un de nos confrères, M. Crimail, nous a exposé un fait particulier, dont voici les conclusions :

La compagnie d'assurances sur la vie peut-elle exiger du médecin ordinaire de la famille de l'assuré un rapport sur le décès de cet assuré ? Assurément non, en principe. Mais la compagnie peut profiter de ce refus du médecin traitant pour ajourner son paiement à la famille du décédé. De là procès inévitable entre la famille et la compagnie. La compagnie perdra sûrement ce procès, si l'on s'en rapporte aux sentences déjà rendues de nombreux tribunaux; mais la compagnie, qui s'est retranchée derrière le refus du médecin, gagne du temps. D'un autre côté, la famille souvent pauvre de l'assuré hésitera devant les frais de procédure. Il appartient donc au médecin, seul juge dans la situation, de modifier sa conduite habituelle et de favoriser la famille de l'assuré contre les réticences calculées de la compagnie en accordant un simple certificat, copie du certificat de l'état civil, qui suffit à faire condamner la compagnie. — Hâtons-nous d'ajouter que votre conduite dans ce cas particulier n'infirme en rien les règles générales qui doivent présider à nos rapports avec les compagnies d'assurances-vie.

Quant aux Cies qui s'occupent d'accidents, notre conduite doit être très réservée. MM. Teillais, Porson, Crimail, Perochaud et Plantard nous ont démontré, dans plusieurs de nos séances, que le médecin titulaire de la Cie est seul apte à délivrer des certificats de blessures et surtout à se faire délivrer des honoraires. Tout autre médecin qui, par complaisance, veut bien se plier à cette formalité du certificat voit inévitablement ses honoraires compromis, l'assuré, le patron et la Cie d'assurances se font véritablement un jeu de lui échapper et de se renvoyer réciproquement les charges et la responsabilité.

Vous avez rappelé également dans une de vos séances que le médecin de la Cie ne doit que le certificat de la blessure sans jamais s'occuper du pansement ou des soins. Cette théorie, tout étrange qu'elle est, d'un médecin qui voit une plaie sans la fermer, une luxation sans la réduire aussitôt, un mal quelconque sans y porter remède est encore un des tristes résultats de l'exploitation du médecin par les Cies. Le médecin de la Cie n'est plus, en effet, dans ce cas, un médecin, c'est un expert, faiblement rétribué, qui mesure, d'après sa science laborieusement acquise, la largeur, la profondeur et la durée probable du mal pendant que l'agent de la Cie calcule au pied du certificat la somme probable que perd en cette occasion la Cie contre les accidents.

(*A suivre*).

NOUVELLES

Société de la Croix-Rouge française.

19, rue Matignon.

COURS ET CONFÉRENCES.

SESSION DE 1888.

Cours de M. le docteur BARETTE, chef de clinique chirurgicale, membre du Conseil.

1re *partie.* — 15 *février*, 4 *heures.* — Des fractures dans la chirurgie de guerre.

Mercredi, 22 *février*, 4 *heures.* — Conférence de M. le docteur Riant, vice-président de la Société. — Hygiène hospitalière. — Quelques-uns des derniers perfectionnements introduits par la science moderne. — Procédés et appareils nouveaux. — Expériences dirigées par le professeur.

Mercredi, 29 *février*, 4 *heures.* — Conférence de M. le docteur Motet, membre du Conseil. — Les maladies simulées.

Cours de M. le docteur BARETTE.

2e partie. — *Mercredi*, 7 *mars*, 4 *heures*, et 14 *mars.* — Des appareils improvisés pour le pansement provisoire en chirurgie de guerre et pour les transports des blessés.

Mercredi, 14 *mars*, 4 *heures.* — Etude technique des approvisionnements de médicaments et de matériaux de pansement faits par la Société dans la dernière année.

Mercredi, 21 *mars*, 4 *heures.* — Conférence de M. Ozouf d'Entremont, chef du Corps des Brancardiers-Mariniers de la Société de secours aux blessés militaires.

Les ambulances flottantes.

Mercredi 28 *mars*, 4 *heures.* — Conférence de M. H. Barnouvin, pharmacien de 1re classe, membre de la Société. — Eléments de pharmacie usuelle.

Mercredi 11 *avril*, 4 *heures.* — Conférence de M. le docteur Baizeau, ancien Directeur du Service de santé au Ministère de la guerre, membre du Conseil.

Du fonctionnement du Service de santé en campagne.

Ceux de nos lecteurs qui désireraient assister aux conférences, peuvent adresser une demande d'invitation à M. le docteur BARETTE, 4, rue Saint-Philippe-du-Roule.

—Le rapport de la Commission dont M. Chevandier est le rapporteur (révision de la législation) a été distribué mardi dernier au Parlement. Nous en entretiendrons prochainement nos lecteurs.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY

Clermont (Oise). - Imprimerie DAIX frères, place St-André, 3.

Dixième année **N° 8** 25 Février 1888

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE :

LA SEMAINE MÉDICALE

Éruptions et accidents nerveux que peut causer l'antipyrine.— Acétanilide succédané de l'antipyrine. Antipyrine dans la chorée. (1).

Au nom de M. *O. Jennings*, M. Ball a fait une communication sur certains symptômes désagréables, sinon inquiétants, que peut causer l'antipyrine.

Il n'est pas possible de contester que ce médicament nouveau a conquis une vogue considérable et à certains égards il la mérite ; sur beaucoup de migraines il a une action sédative rapide et certaine ; soulage, s'il ne guérit pas, bon nombre de névralgies ou de douleurs à siège mal déterminé telles qu'en accusent si souvent les neurasthéniques et hystériques.

Que nous prescrivions de l'antipyrine dans ces cas comme aussi dans certaines hyperthermies, rien de mieux, mais ne laissons pas les clients s'en administrer à tout propos, spontanément et sans nous avoir consultés. L'abus est prochain, s'il n'existe pas déjà ; on entend depuis quelque temps les gens du monde, les femmes surtout qui ont toutes plus ou moins la migraine, parler de l'antipyrine comme de l'eau de mélisse, la première étant le vade-mecum du migraineux comme la seconde du dyspeptique.

Or, nous ne sommes que très imparfaitement renseignés sur les dangers que peuvent faire courir les doses élevées ou longtemps prolongées d'antipyrine. Ainsi, M. O. Jennings ayant fait prendre à une demoiselle de 67 ans, 2 gr. 50 d'antipyrine pendant huit jours pour un rhumastisme noueux intéressant surtout les mains, observa chez elle les symptômes suivants : taches érythémateuses sur les bras ; pieds glacés ; tuméfaction et rougeur de la face ; occlusion presque complète des paupières, puis généralisation du rash sous forme de taches confluentes d'un rouge grenat légèrement prurigineuses ; il y eut encore un peu de conjonctivite, quelques tintements d'oreille, et une accélération notable du pouls avec un peu d'abaissement thermique.

La teinture de belladone ou l'atropine paraît à M. Jennings le contre-poison indiqué. Il cite des faits observés par les docteurs Barber, White-house, Allen Sturge, dans lesquels 0,25 centigr. à 1 gr. d'antipyrine auraient suffi à provoquer des accidents d'intoxication.

M. *G. Sée* avait déjà annoncé, lors de sa dernière communication sur l'antipyrine, qu'une fois sur douze ou quinze, mais seulement lorsqu'elle est continuée au-delà de 10 à 15 jours, à forte dose, et surtout chez les femmes, survient une éruption à forme d'urticaire ou de rash sur les mains et les pieds ; il a répondu à la communication de M. Jennings qu'il est tout à fait exceptionnel d'observer la moindre manifestation toxique aux doses de 0,50 à 0,60 centigr. et qu'il est nécessaire de prendre pendant une quinzaine de jours 3 ou 4 gr. pour voir survenir un rash plus ou moins prurigineux, très passager et sans aucune importance. Ce sont presque toujours des femmes qui offrent ces accidents si légers qu'ils ne méritent pas le nom d'intoxication.

Un point assez curieux à signaler, c'est que, dès que ces accidents se sont manifestés une fois, les sujets ont perdu la tolérance pour le médicament ; ils sont forcés, tout au moins pendant un temps fort long, de renoncer complètement à l'antipyrine, quelques centigrammes suffisant alors pour reproduire le rash gênant.

(1) Académie de Médecine, 14 février 1888.

Ce qui se passe pour l'antipyrine est d'ailleurs la même chose qu'on observe chez certains sujets avec l'iodure de potassium, la quinine et d'autres médicaments. Aux personnes qui ont une intolérance inusitée pour l'antipyrine, on n'a d'ailleurs qu'à prescrire l'acétanilide qui est aussi un médicament analgésique, que M. Clément a pu donner sans accidents à la dose de 10 à 12 gr. par jour, — dose cependant excessive.

M. *Dujardin-Beaumetz* n'accorde pas non plus grande gravité au rash de l'antipyrine ; il signale un autre genre d'inconvénient, sous forme de douleurs d'estomac et de dégoût des aliments après l'usage de l'antipyrine pendant un certain temps.

Il ne faut peut-être pas incriminer exclusivement l'antipyrine elle-même à propos de ces accidents, car la fabrication suffisant à peine aux besoins de la consommation depuis que la vogue s'est emparée de l'antipyrine, les précautions nécessaires ne sont plus prises pour débarrasser l'antipyrine de la benzine qui s'y trouve mêlée.

Pour éviter les troubles gastriques on peut utiliser la voie sous-cutanée, mais les injections hypodermiques d'antipyrine sont vraiment douloureuses.

M. Beaumetz admet, comme M. Sée, que l'acétanilide est également un médicament nervin puissant et que l'antipyrine et l'acétanilide peuvent se suppléer à l'occasion. On peut sans craindre aucun accident prescrire l'acétanilide à la dose de 1 gr. 50 à 2 gr. par jour, par doses de 0 gr. 50 centigrammes.

M. *G. Sée* a repris la parole pour reconnaître que l'antipyrine est de moins bonne qualité depuis quelque temps ; il cherche à en pallier les inconvénients au point de vue de l'estomac en l'associant au bicarbonate de soude ou en la donnant dans l'eau de Seltz. Les pharmaciens pourraient la purifier par des cristallisations répétées. Quant à la douleur des injections sous-cutanées d'antipyrine, on y remédiera en n'injectant que de petites doses à la fois et en multipliant les injections.

M. *Ollivier* attribue les accidents dont on a parlé à propos de l'antipyrine à l'impureté du produit et à la susceptibilité particulière de certains sujets ; il a vu des enfants de 7 à 8 ans prendre 3 à 4 gr. d'antipyrine par jour sans avoir de rash, tandis que d'autres le présentaient pour de plus faibles doses. M. Ollivier n'a pas obtenu d'aussi beaux résultats dans le traitement de la chorée avec l'antipyrine que ceux qui avaient été annoncés.

Etat de la dentition chez les enfants idiots et arriérés.— Anomalies des organes génitaux chez les idiots et les épileptiques.

Nous parlions, il y a quelques semaines, d'une intéressante visite faite dans le service d'épileptiques et d'arriérés que dirige M. Bourneville, à Bicêtre. Deux travaux dignes d'attention viennent de sortir de ce service.

L'un est la thèse de doctorat de notre confrère, Mme Alice Sollier, qui a étudié l'état de la dentition chez les enfants idiots arriérés ou épileptiques. Voici les conclusions auxquelles elle aboutit.

L'idiotie, avec ou sans épilepsie, prédispose aux arrêts de développement, aux anomalies et aux lésions de l'appareil dentaire, dans une proportion considérable (91 0/0).

L'idiotie congénitale ne paraît pas avoir plus d'influence à cet égard que celle acquise pendant la première dentition.

Les anomalies et les lésions portent presque exclusivement sur la deuxième dentition.

La précocité de la première dentition est loin d'être un fait rare, surtout chez les idiots. Mme Sollier l'a rencontrée huit fois sur 60 cas.

Le retard de la première dentition s'observe aussi fréquemment chez les idiots avec ou sans épilepsie. Elle se présente dans le quart des cas.

La chute précoce de la première dentition est extrêmement rare (1 0/0).

La chute tardive de la première dentition est relativement peu rare (11 0/0).

Le retard de la deuxième dentition est très fréquent ; il l'est plus chez les idiots (26 sur 60) que chez les épileptiques (10 sur 40) ; soit au total (36 0/0).

Le nanisme est commun (14 0/0), ainsi que le géantisme (11 0/0).

Les formes anormales, autres que le nanisme et le géantisme, s'observent dans plus de la moitié des cas (53 0/0).

L'absence de dents, en dehors du retard de la deuxième dentition, est relativement commune (11 0/0).

Le géantisme coïncide souvent avec l'absence de dents, et n'en est quelquefois que le résultat, par suite de la soudure de deux dents voisines.

Les dents supplémentaires sont extrêmement rares (2 0/0).

Les anomalies d'implantation sont très fréquentes, (34 0/0) ; mais les anomalies de siège sont assez rares, et, dans la majorité des cas sont peu marquées.

Les anomalies de direction sont les plus fréquentes de toutes (80 0/0), et portent principalement sur les incisives et les canines.

Les convulsions s'accompagnent souvent d'érosions, mais non toujours.

Les érosions sont plus fréquentes sans convulsions, qu'avec convulsions.

L'idiotie avec ou sans épilepsie peut, par elle seule, entraîner les érosions.

Il existe des sillons longitudinaux qui sont extrêmement fréquents (41 0/0), et plus fréquemment encore des crénelures (58 0/0).

Les sillons et les crénelures, et surtout ces dernières coïncident bien plus souvent que les érosions avec les convulsions.

L'articulation est très fréquemment défectueuse (43 0/0).

Les arcades présentent fréquemment aussi (33 0/0) des anomalies ; il en existe une non encore signalée, consistant dans une inégalité de niveau des deux

branches homologues et portant le plus souvent sur la mâchoire supérieure.

La voûte palatine est défectueuse dans 35 0/0 des cas.

L'idiotie, même complète, peut n'entraîner aucune lésion des dents.

D'autre part, M. Bourneville et M. P. Sollier, son interne, ont recherché minutieusement les anomalies des organes génitaux sur 718 idiots et épileptiques et confirment d'abord ce fait déjà connu, que les idiots et les épileptiques débiles présentent, du côté de leurs organes génitaux, des anomalies extrêmement fréquentes, si on les compare avec ce qui se rencontre chez les individus bien équilibrés.

Les épileptiques qui ne le sont devenus qu'à un certain âge, et après avoir pu se développer déjà en partie, présentent beaucoup moins d'anomalies que les idiots simples. Leurs aptitudes génésiques paraissent être, malheureusement, moins atteintes aussi que chez ces derniers, si l'on en juge par le moins grand nombre de cas de cryptorchidie.

L'atrophie testiculaire paraît porter presque aussi fréquemment à droite qu'à gauche, quoique un peu plus de ce côté, ce qui confirme l'opinion générale des auteurs.

La dégénérescence physique et intellectuelle produite par l'épilepsie semble avoir une influence réelle sur la production du varicocèle, car les idiots sans épilepsie n'en présentent pour ainsi dire pas.

Lorsque l'épilepsie surprend l'enfant dès le début de la vie, elle produit dans tout son être un arrêt beaucoup plus marqué du développement, que lorsqu'elle survient dans l'adolescence, et cet arrêt de développement, appréciable sur l'ensemble de l'individu, est des plus caractérisés du côté des organes génitaux.

Les idiots, avec ou sans épilepsie, présentent fréquemment une forme particulière de la verge, dite en battant de cloche ou en massue. Cette forme n'est pas acquise par la masturbation, certains des sujets qui la présentent ne s'étant jamais livrés à l'onanisme.

On sait, ajoutent MM. Bourneville et Sollier, que les dégénérés supérieurs présentent asssez fréquemment aussi des anomalies génitales. Il serait intéressant de savoir dans quelle proportion, en particulier pour les anomalies qui les mettent dans l'impossibilité de se reproduire. Nous avons vu que chez les épileptiques cette impossibilité était déjà bien moins fréquente que chez les dégénérés inférieurs, et il est à craindre que chez les dégénérés supérieurs les aptitudes génésiques et reproductrices soient encore bien plus souvent conservées. Cette question n'offre donc pas seulement un simple intérêt de curiosité scientifique, mais plus encore peut-être un intérêt social. Car il serait à désirer à tous les points de vue que les individus atteints de tares fatalement transmises et aggravées par l'hérédité fussent incapables de se reproduire.

La fréquence des malformations des organes génitaux ressort encore des renseignements suivants. D'après le *Compte-rendu sur le service du recrutement de l'armée pendant l'année* 1886, sur 299.270 jeunes gens qui se sont présentés au Conseil de revision, 39.760 ont été exemptés comme impropres à tout service, 255 ont été exemptés pour des *vices de conformation des organes urinaires* (1), 624 pour *varicocèles*, 753 pour hydrocèle et maladies des testicules et 122 pour maladies des voies urinaires autres que les précédentes. 1.611 atteints de *vices de conformation des organes génito-urinaires* ont été classés dans le service auxiliaire.

Si l'on fait un bloc des 255 conscrits exemptés pour des vices de conformation des organes génito-urinaires, des 584 exemptés pour varicocèles, et des 1511 conscrits classés dans le service auxiliaire, on a le total de 2,550, soit sur les 299,270 conscrits (en chiffres ronds, 300,000), 85 pour 1,000 atteints de vices de conformation des organes génito-urinaires. — Sur nos 728 malades, nous en avons rencontré 262 atteints des mêmes vices de conformation, d'où il suit que chez les idiots et les épileptiques réunis, la proportion des vices de conformation est quatre fois plus grande que sur la totalité des conscrits.

Voici maintenant, à titre de renseignement, le nombre des cas de réforme pour des maladies du système nerveux ou les autres vices de conformation : Strabisme, 286. — Sourds-muets de naissance, 168 ; Bec-de-lièvre 112 ; — Bégayement, 716 ; — Goître, 842 ; — Pieds-bots et autres incurvations des membres, 921 ; Epilepsie, 593 ;— Convulsions, danse de Saint Guy, tremblements, catalepsie, 41; — Crétinisme, idiotisme, imbécillité, 1,378 ; — Aliénation mentale, monomanie, manie, démence, 180 ; — Paralysie d'un ou de plusieurs membres, 193.

MALADIES DES VOIES URINAIRES.

Cancer de la prostate.

Le cancer de la prostate était considéré comme une des affections les plus rares. Dans une statistique déjà ancienne portant sur 8,000 cas de cancer, on ne relève que 5 fois sa localisation dans la prostate. Thompson, de son côté, n'en connaît que 20 exemples. Des recherches nouvelles viennent de montrer que cette grande rareté était plus apparente que réelle : M. Engelbach, dans une thèse nourrie de faits bien observés, en a réuni 114 observations (2) ; on peut donc, aujourd'hui, considérer cette affection comme relativement fréquente ; son étude présente d'ailleurs un vif intérêt.

Comme celui de tous les organes, le cancer de la prostate se montre de préférence chez les vieillards ; mais les enfants sont atteints dans une forte proportion ; M. Engelbach en trouve 9 sur 114, et cette fréquence permet de dire qu'après l'œil la prostate est l'organe le plus souvent envahi par le cancer

(1) *L'Instruction du Conseil de santé des armées* donne l'énumération suivante de ces vices de conformation : « *L'absence* ou *l'imperforation de l'urèthre*, *l'épispadias* et *l'hypospadias* qui ne permettent pas d'uriner sans se salir..., l'*hermaphrodisme*..., la *cirsocèle* très considérable.

(2) Engelbach. — Des tumeurs malignes de la prostate, 1888. — Steinheil.

chez l'enfant. Existe-t-il des causes occasionnelles ? l'observation n'en a pas encore démontré de vraisemblables.

Nous serons très bref sur l'anatomie pathologique. Le carcinôme est bien plus commun que le sarcôme ; cette distinction n'a d'ailleurs aucun intérêt clinique ; la marche de la maladie est la même dans les deux variétés. Les tumeurs constatées à l'autopsie sont toutes d'un volume considérable et il est rare de voir une prostate cancéreuse moins grosse qu'une orange ; elle dépasse dans certains cas une tête de fœtus. Souvent elle est creusée de cavités anfractueuses dans lesquelles un calcul a même pu se développer.

Presque toujours la prostate est primitivement envahie; et les exemples de propagation cancéreuse du rectum, de l'urèthre ou des vésicules à la prostate sont rares. La marche inverse est la règle absolue et le néoplasme ne reste pas longtemps limité à la prostate.

Il est intéressant de voir comment se comporte la vessie : les auteurs considéraient que la propagation du cancer de la vessie à la prostate était exceptionnelle; mais les tumeurs de cette dernière, d'après eux, gagnaient presque fatalement le réservoir urinaire. Les choses sont loin de se passer de cette façon, suivant M. Engelbach ; on ne relève d'abord qu'un petit nombre de cas où une tumeur s'est développée secondairement dans la vessie ; de plus, on doit faire des réserves sur la nature de ces productions. Les vésicules séminales sont, par contre, fréquemment envahies et le néoplasme, en s'infiltrant de proche en proche, rappelle la disposition du cancer en cuirasse avec lequel il a été comparé. Dans ces cas, la marche est des plus rapides, les prolongements se dirigent dans diverses directions ; le petit bassin est bientôt envahi tout entier ; le ganglion, les os, le tissu cellulaire ne forment plus qu'une seule masse qui occupe la partie postérieure de la cavité abdominale. C'est cette variété que le professeur Guyon a décrite sous le nom de carcinose prostato-pelvienne diffuse.

Rien de plus insidieux que le début de l'affection; la plupart du temps elle se développe sur des individus offrant les conditions d'âge, de diathèse, qui favorisent l'hypertrophie prostatique. Souvent les premiers symptômes consistent simplement en une rétention complète ou incomplète qui surviennent exactement comme dans l'hypertrophie, produisent les mêmes accidents et cèdent au même traitement; on ne peut s'empêcher de voir là les phénomènes d'ordre mécanique qui se retrouvent dans toutes les tuméfactions de la glande. Seules des douleurs qui ne correspondent pas à un département nerveux, mettent sur la voie du diagnostic ; enfin, dans quelques cas il y a douleur au moment de l'expulsion des dernières gouttes, parfois teintées de sang. Chez l'enfant tous les symptômes prémonitoires manquent ; la maladie débute par une rétention complète sans aucun signe précurseur. Ailleurs le début est différent et consiste en des troubles de la défécation ; aussi il est utile d'admettre deux formes cliniques : la forme rectale et la forme uréthrale.

A mesure que la maladie progresse, les symptômes s'accentuent. M. Engelbach a trouvé la rétention complète signalée dans la moitié des cas ; l'incontinence, observée rarement, serait-elle le résultat d'une destruction du col par le cancer ? Il est plus vraisemblable de voir là une incontinence par regorgement. La cystite est commune à cette période ; les mictions, très fréquentes et souvent sanglantes, sont suivies de vives douleurs. La présence du sang dans l'urine est loin d'être la règle ; cependant, on l'observe, et dans trois conditions diverses. Dans un premier groupe il s'agit d'une hématurie légère à la fin de la miction, traduisant une cystite intense ou une propagation à la partie antérieure de la prostate.

La deuxième forme comprend des hématuries vraies, où le sang est mélangé plus ou moins intimement à l'urine ; elles sont spontanées, apparaissent sans cause occasionnelle bien nettes, n'ont qu'une durée éphémère, se distinguant ainsi des hématuries des néoplasmes vésicaux, toujours abondantes et prolongées. Enfin des hémorrhagies extrêmement abondantes sont rares et il y a lieu de supposer que la tumeur envoie alors un prolongement dans la vessie.

L'hématurie a, on le voit, peu de valeur dans les néoplasmes prostatiques ; il n'en est pas de même de la douleur. Nous ne reviendrons pas sur les sensations plus ou moins pénibles que la rétention et la dysurie provoquent. Les douleurs spontanées se manifestent dans des régions diverses, tantôt au sacrum, tantôt au périnée, irradiant vers les aines et les cuisses, tantôt à la région hypogastrique ; enfin vers le scrotum et la verge. Ordinairement intermittentes, elle sont parfois continues, mais présentent toujours alors des exacerbations violentes ; la station assise est souvent impossible.

Du côté du rectum les symptômes ont un caractère des mieux tranchés. La constipation est la règle, la défécation, douloureuse toujours, est suivie de ténesme ; les besoins sont incessants, les selles deviennent plus rares et exigent des efforts prolongés; les matières expulsées sont quelquefois aplaties et rubanées ; ce fait, que l'on considère comme habituel, est rare ; M. Engelbach appelle surtout l'attention sur ce fait, rappelant à ce propos que ce phénomène peu commun, mais possible ici, ne se présente jamais dans l'hypertrophie de la prostate. Enfin, la difficulté peut devenir telle qu'il y ait obstruction complète et qu'on soit en présence d'indications thérapeutiques toutes particulières.

L'examen des signes physiques est nécessaire pour asseoir le diagnostic. Un des plus précieux est l'existence constante d'une adénopathie inguinale, qui paraît anormale au premier abord, car les lymphatiques de la prostate se rendent aux ganglions lombaires ; on a avancé bien des explications de ce fait. M. Engelbach croit avec raison qu'il faut voir là un indice de dissémination d'éléments cancéreux dans les parties voisines et notamment dans les corps caverneux. Le canal prostatique sera parcouru par un explorateur à boule qui renseignera sur l'état de la sensibilité ainsi que sur les irrégularités de ce canal ; une sonde introduite dans la vessie fera voir s'il reste ou non une rétention incomplète. Mais les renseignements les plus précieux seront fournis par le toucher rectal. La tumeur est toujours volumineuse.

Il est rare qu'on puisse en apprécier les limites ; elle déjette le rectum latéralement, est symétrique ou du moins paraît telle, car le doigt ne peut la circonscrire ; cette sensation rappelle celle que donne la tête fœtale descendue dans l'excavation ; on arrive souvent à limiter la tumeur en combinant le toucher rectal et la palpation abdominale ; on saisit littéralement la tumeur entre les deux mains. La consistance en est généralement des plus dures, comme ligneuse, et sa vive sensibilité est un signe précieux pour faire le diagnostic de l'hypertrophie prostatique.

Il est difficile d'assigner une durée précise à la maladie ; car il n'est pas donné ordinairement d'assister à son début. Chez l'enfant la marche est rapide, et la mort arrive souvent en quelques mois ; chez l'adulte les choses vont encore assez vite ; mais chez le vieillard le processus est au contraire des plus lents et prête à la confusion ; ce sont souvent les complications, telles que la généralisation, la rétention des matières ou de l'urine qui déterminent la terminaison fatale.

Le traitement s'adressera plus aux symptômes qu'à la maladie elle-même ; la rétention complète ou incomplète sera combattue à l'aide du cathétérisme ; quand celui-ci est difficile, on ne doit pas reculer devant l'emploi de la sonde à demeure. De même, contre l'obstruction rectale, on usera de laxatifs, de lavements ; enfin la morphine, en suppositoires et surtout en injections sous-cutanées, constitue le plus puissant moyen à opposer aux douleurs.

Dans ces dernières années, certains chirurgiens ont tenté une opération radicale ; l'extirpation de la prostate, effectuée sur le cadavre dès longtemps, a été essayée sur le vivant par Demarquay, par Billroth, par Spanton. Ce dernier chirurgien perdit un opéré au bout de 24 heures, celui de Billroth survécut 14 mois, mais il y eut récidive dans la cicatrice ; ces résultats sont peu encourageants et ne permettent pas de considérer comme pratique l'extirpation de la prostate : sans doute une telle opération est anatomiquement possible, mais la rapidité de la diffusion empêche de faire une ablation complète du néoplasme ; aussi Gluck, de Berlin, a-t-il proposé de faire une section de la symphyse pubienne. En admettant que de tels délabrements soient de nature à donner un résultat complet, encore faudrait-il compter avec la généralisation du néoplasme.

Les opérations partielles sont plus rationnelles. D'assez nombreux chirurgiens ont extirpé des fragments de prostate par une taille ou une boutonnière périnéale dans le but de s'opposer à une rétention d'urine ; la taille hypogastrique serait également indiquée dans ces cas.

Il en est de même d'une opération palliative dirigée contre l'obstruction rectale ; nous voulons parler de la colotomie lombaire, pratiquée par Oswald et par Fenvick ; elle a permis une certaine survie et a surtout procuré une diminution considérable des douleurs ; les indications sont d'ailleurs les mêmes que dans le cancer du rectum.

A part ces cas exceptionnels, le résultat à obtenir ne peut guère être mis en regard des dangers qu'on fait courir au malade ; aussi devons-nous reconnaître, avec M. Engelbach, qu'en présence d'une lésion aussi grave la chirurgie est presque désarmée.

Dr E. Desnos.

TRAVAUX ORIGINAUX

I

Diabète. — Médicaments. — Médications.

Par M. le docteur Coignard (1)

Les médicaments que l'on a employés dans le diabète sont extrêmement nombreux. La saignée, les purgatifs, le séton à la nuque auraient donné de bons résultats, si l'on en croit les médecins qui les ont préconisés, et je ne m'étonne point de ces assertions ; car souvent le sucre disparaît de l'urine sans autre motif qu'un changement de milieu, et il ne reparait pas toujours immédiatement........

On a employé l'acide phénique, l'acide salicylique, les acides chlorhydrique, sulfurique, phosphorique, sous forme de limonade, la strychnine, l'opium, la belladone, et, l'année dernière, les deux réunis.

L'observation a été portée à la tribune académique. Il serait à désirer qu'on donnât des nouvelles du malade qui en a été le sujet, car l'ensemble des phénomènes morbides auquel on est convenu de donner le nom de diabète est extrêmement variable, et je ne sais si l'on a le droit de dire qu'un malade est guéri lorsque depuis deux ans on ne trouve plus de sucre dans l'urine.

On a employé l'arsenic, le cuivre, le bromure de potassium (préconisé en 1866 par le docteur Begbie), la teinture d'iode, le chlorhydrate d'ammoniaque, la codéine, le chloral, la valériane (Trousseau), le sucre (Piorry) ; le permanganate de potasse, 0,05 à 18 centig. ; le lait écrémé exclusivement (Donkin) ; la faradisation des pneumogastriques, puis du foie ; enfin la série des toniques !

M. le docteur Dehenne, a parlé de l'ergotinine. Eh bien, l'ergotinine est un bon médicament ! elle diminue la soif et la polyurie alors que les autres médicaments n'ont rien produit. Mais elle ne réduit en aucune façon la quantité du sucre contenu dans l'urine (L'expérience a été poursuivie par M. le docteur Cornillon, qui la relate dans le journal les *Annales de médecine thermale*, année 1887, n° 6, paru le 5 juin).

M. le docteur Leblond a fait une communication sur l'emploi de l'eau oxygénée si bien indiquée théoriquement dans le diabète, que je l'ai employée depuis deux ans, et je n'ai rien obtenu ni bien ni mal ; l'eau oxygénée doit être sans microbes, partant, recommandable.

J'ai trouvé la liste de tous ces médicaments, à l'exception de l'ergotinine qui a été récemment employée, dans l'excellente thèse remplie de faits de M. le professeur Brouardel.

Il y a encore un autre médicament (probablement il y en a beaucoup d'autres que je n'ai pas trouvés) dont j'ai rencontré traces dans le *Journal de thérapeutique de Gubler*, année 1877, 10 avril, n° 7, p. 241, c'est la Cana agria, remède populaire à l'Equateur, où il y a beaucoup de diabétiques, dit l'article du journal signé Gubler.

La Cana agria guérirait le diabète d'une façon à peu près constante ; au moins telle serait l'opinion des indigènes.

Il m'est impossible, pour le moment, de contrôler cette assertion ; mais je n'ai jamais entendu parler de la Cana agria ; il est probable que je ne la connaîtrais pas, même de nom, si je n'avais fait des recherches en vue de cette communication. Il est probable que si le remède était bon, on en eût parlé.

De plus, le docteur Duguet, dans le service duquel, toujours d'après l'article, l'observation a été prise, m'a dit qu'il ne se rappelait nullement ce fait. J'inclinerais donc à penser que les succès qu'on a cru obtenir dans le traitement du diabète, par l'emploi de la Cana agria, sont le résultat d'une illusion comme ceux qu'on avait cru obtenir du Condurango dans le traitement du cancer ; on se rappelle

(1) Note lue à la Société de médecine de Paris (séance du 10 décembre 1887.

que le condurangu, également originaire de l'Equateur, avait été, vers l'année 1867 ou 1868, recommandé, avec la meilleure bonne foi du monde, bien entendu, à toutes les chancelleries, par le président Garcia. Un de ses amis intimes paraissait avoir été guéri d'une tumeur de la face réputée cancéreuse par l'infusion de condurangu, et il avait été tellement enthousiasmé qu'il fit part de la découverte *urbi et orbi*. — C'est l'histoire du nègre Vries avec M. Saxe, moins le charlatanisme. Enfin, les alcalins, carbonates, bicarbonates, tartrates, qui ont donné des résultats favorables, surtout lorsqu'un régime alimentaire approprié en accompagnait l'usage, mais encore ces effets favorables n'étaient que passagers le plus souvent.

Dans la séance du 12 novembre de la Société de Médecine de Paris, M. le docteur Bouloumié a dit ce qu'il fallait penser du traitement du diabète sucré, par l'arséniate de soude mêlé au carbonate de lithine, introduits dans un flacon d'eau de Seltz.

En réalité, aucun des médicaments ci-dessus indiqués n'a donné de résultats sérieux, pas même l'opium, l'arsenic, le bromure de potassium, la teinture d'iode, la strychnine. J'appelle résultat sérieux, non pas la guérison absolue que je crois très exceptionnelle, mais un état de santé tel que le malade *n'éprouve aucun malaise, qu'il n'y ait aucun amoindrissement* dans ses facultés, quand même l'analyse de l'urine indiquerait une certaine dose de sucre.

Voici un nouveau mode de traitement. Ici, il s'agit d'une médication, et non d'un médicament, je veux parler de l'exercice musculaire préconisé par le professeur Bouchardat.

L'exemple est tiré de la thèse de Brouardel : il *s'agit d'un médecin que* la plupart d'entre nous ont connu, et qui a été l'ami de plusieurs, Martin-Damourette. Le nom n'est pas cité dans la thèse, mais je tiens de Martin lui-même tous les détails de l'observation. La voici :

Le docteur Martin, après de vifs chagrins de toutes sortes, était devenu fortement diabétique, c'est-à-dire que sa bouche était sèche, qu'il perdait ses forces, qu'il avait maigri de 15 kilogrammes et que son urine contenait une grande proportion de sucre. Ceci se passait en 1866 et, à cette époque, on ne dosait pas rigoureusement les éléments pathologiques ou normaux de l'urine. Martin fit l'analyse qualitative avec la potasse.

Le traitement médical fut complet. Eau de Vichy, iodure de potassium ; pain de gluten, — acide arsénieux ; — tout cela pendant six mois environ.

Aucune amélioration ne s'étant manifestée, le malade recourut à l'exercice musculaire.

Il demeurait place de l'Ecole-de-Médecine, à Paris ; il loua un appartement à Saint-Mandé, distant de sept kilomètres, de sorte que, par tous les temps, il faisait soir et matin sept kilomètres. Il n'avait pas gardé le lit à Paris, afin de n'être pas tenté de rester, lorsque le temps était mauvais, ou lorsqu'il se sentait paresseux.

Le régime fut : vin de Bordeaux, eaux de Vichy, viandes, légumes verts et pain ordinaire en petite quantité.

Après quinze jours de cette nouvelle médication, Martin se sentit mieux ; après six mois, il était complètement guéri. Il n'eut plus de sucre dans l'urine depuis cette époque ; et lorsqu'il mourut, en 1883, il n'avait dans l'urine ni sucre ni albumine.

Martin menait une vie trop sédentaire ; il passait, sans sortir du logis, deux ou trois mois, dans une atmosphère surchauffée, fumant des cigares et buvant tous les jours du cognac, toujours pour suivre le régime du professeur Bouchardat, régime excellent, mais dont il faut, à mon avis, retrancher l'usage de l'alcool, surtout maintenant.

Pour ma part, j'ai vu des diabétiques soumis à ce régime, qu'ils exagéraient peut-être, gagner une sclérose du foie. Il fallut les soumettre à la diète lactée.

Voici donc une excellente médication : l'exercice au grand air ; nourriture azotée ; eaux alcalines.

C'est encore à l'heure qu'il est la meilleure des médications, dans cet état morbide qu'on nomme diabète.

Dans le *Traité clinique et thérapeutique du diabète*, de notre collègue le docteur Durand-Fardel, on trouve un argument d'une grande valeur en faveur de cette manière de voir.

Il a dressé le tableau de 71 cas de diabète.

Tous les malades avaient suivi un traitement avant de venir à Vichy. Le traitement avait consisté le plus habituellement dans le régime alimentaire, l'usage des alcalins et l'eau de Vichy transportée.

Chez 14 de ces malades, le sucre a disparu totalement sous l'influence de l'eau alcaline prise à la source ; à Vichy, boire aux sources et faire de l'exercice au grand air constitue à peu près tout le traitement, car habituellement le régime diététique est fort mal suivi.

Chez 25, la quantité du sucre, à la fin de la cure, était à peine le quart de celle du début.

Chez 5, elle était à peu près égale au quart.

Chez 7 au tiers ; dans 8 cas, à la moitié.

Dans 8 autres cas, elle n'atteignait pas la moitié.

Enfin, la proportion du sucre est restée la même 2 fois, et a augmenté légèrement 2 fois (Durand-Fardel, p. 463, *loc. cit.*).

Messieurs, c'est exactement ce que j'ai observé moi-même depuis onze ans.

J'ai vu aussi le sucre apparaître subitement, à la dose de 54 grammes par vingt-quatre heures, dans l'urine d'une malade que, depuis sept ans, je faisais régulièrement analyser tous les trois mois. Depuis dix-huit mois, on ne trouve plus traces de sucre dans cette urine.

J'ai rencontré des malades qui, après avoir eu du sucre pendant six ans au moins, n'en ont plus depuis deux ans, et continuent à se fort bien porter.

Je dois dire aussi que j'ai un malade qui, bien qu'il fasse un traitement régulier depuis cinq ans, trouve toujours dans son urine 100 à 150 grammes de sucre.

Il est diabétique depuis vingt-six ans, et n'est venu à Vichy que depuis cinq ans. Alors, la première fois, le sucre fut réduit à 23 grammes.

Ce malade, du reste, fait ses affaires et se porte bien. S'il ne savait qu'il élimine du sucre, il ne se plaindrait pas.

Est-il permis de croire que, s'il était venu à Vichy il y a vingt ans, ou si même il pouvait y venir deux fois par an, le chiffre du sucre serait moins élevé ?

En résumé, presque tous les médicaments ont été employés, suivant les théories de ceux qui les appliquaient, contre cet état morbide à manifestations multiples, dont les plus évidentes sont la sécheresse de la bouche, la soif, la polyurie, l'affaiblissement des forces, et la présence du sucre dans l'urine, auquel on est convenu de donner le nom de

diabète ; et, seulement, l'entraînement pratiqué méthodiquement, et avec prudence, les changements de milieu, le régime alimentaire, non pas le régime azoté à outrance, mais un régime approprié aux facultés digestives des malades, et l'usage longtemps continué des eaux minérales alcalines, prises à la source, ont donné des résultats favorables. C'est jusqu'à présent le mieux ou, si l'on veut, le moins mal.

Voici, pour 408 diabétiques, les résultats fournis par les analyses de l'urine pratiquées au début et à la fin du traitement fait à Vichy.

Pour chaque analyse, on a employé le polarimètre et la liqueur de Fehling.

Chez 40 malades, lors de leur départ, il n'y avait plus de sucre dans l'urine.

Chez 302, on avait obtenu une diminution de sucre urinaire plus ou moins grande.

Chez 66, le sucre était augmenté.

Voilà ce que donnent les chiffres. Je considère ce résultat comme une base pour mes observations futures.

Au point de vue clinique, à mon avis, il faut voir, chez les diabétiques, autre chose que l'augmentation et la diminution du sucre urinaire.

Mon expérience, qui n'est point encore assez étendue, il est vrai, m'a appris qu'il ne fallait pas se réjouir immodérément, quand, après dix ou quinze jours de traitement, on ne trouvait plus de sucre dans l'urine d'un malade, pas plus qu'il ne fallait s'affliger et se décourager alors que le chiffre du sucre était augmenté.

En effet, la diminution du sucre dans l'urine, comme son augmentation, sont des phénomènes qui m'ont paru passagers, mobiles, au moins, au début du traitement, et surtout au début des accidents qui ont effrayé le malade ; ce n'est qu'à la longue, et par la continuité de la médication, qu'on arrive à un résultat à peu près fixe.

Quelquefois, le malade est assez heureux pour que le sucre disparaisse complètement et ne reparaisse plus. Ceci est exceptionnel, peut-être 10 p. 100

Habituellement, on trouve dans l'urine d'un diabétique qui se soigne une quantité de sucre variant de 1 gramme à 30 grammes.

Mais la présence du sucre dans l'urine ne me paraît pas constituer toute la maladie. Les malades, la plupart du temps, ne savent pas que leur urine est chargée de sucre ; ils viennent se plaindre au médecin d'une sécheresse de la bouche insupportable, de soif, de polyurie et d'affaiblissement musculaire. Une fois débarrassés de ces malaises qui sont de véritables souffrances dont la simple énumération ne donne qu'une faible idée, ils se considéreraient comme guéris si on ne leur eût pas dit que leur urine charriât du sucre.

Or, il est de règle que ces accidents *disparaissent* dans la première semaine de l'arrivée des malades à Vichy, et dès lors, pour eux, l'existence devient ce qu'elle était auparavant. (Je sais qu'il n'en est pas toujours ainsi, puisque M. le docteur Cornillon préconise la teinture d'ergotinine dans les cas de polydipsie *rebelle* ; mais certainement le fait n'est pas commun, puisque, pendant onze ans, je ne l'ai jamais rencontré.)

La pathogénie du diabète est loin d'être faite. Il n'existe pas de spécifique contre cet état morbide. Il me paraît rationnel d'employer la médication qui, jusqu'à présent, donne les résultats les plus satisfaisants.

« Le diabétique qui se soigne a autant de chances de vivre longtemps qu'un homme en bonne santé. » (Bouchardat, *De la glycosurie*, Paris, 1875.)

II

L'antipyrine proposée contre la gravelle phosphatique.

Prônée, puis délaissée, l'antipyrine a, ces derniers temps, fait parler d'elle comme curatif de la migraine, et fourni à Robin le sujet d'un travail remarqué.

De son rapprochement avec les autres corps de sa série, G. Sée a induit ses propriétés analgésiques.

De son rapprochement avec l'acide phénique, on a induit ses propriétés hémostatiques et antiseptiques signalées par M. Hénocque à la Société de biologie.

De son triomphe dans la migraine, on a induit son action dans le mal de mer, — et 57 succès sur 57 cas ont répondu aux espérances de M. Ossian-Bonnet, — son action sur la chorée qui l'a fait préconiser par Legroux (1).

De l'étude de Robin sur les modifications imprimées par elle à la composition des urines, de son action sur les centres nerveux, je déduis son emploi rationnel dans la prophylaxie de la pierre phosphatique.

Fort ennuyé d'une violente cystalgie chez un client âgé, débarrassé aujourd'hui de 116 grammes de pierres phosphatiques, j'avais administré l'antipyrine à la dose de 3 grammes par 24 heures : il eut un peu de soulagement et l'urine recueillie fut alors claire et sans dépôt.

Le travail de Robin fait aisément comprendre ce résultat (Diminution des parties solides de l'urine. — Elimination des phosphates diminuée).

Pour tirer une conclusion pratique de l'étude de ce médicament, examinons les conditions nécessaires à la production de la pierre phosphatique. Sans m'attarder à l'examen des théories anciennes et modernes, je m'arrête aux trois conditions indiscutables.

a — Trouble des centres nerveux modifiant la nutrition et produisant ce que certains auteurs appellent la lithiase. Elle pourra être alternativement biliaire, intestinale, rénale.

b — La lithiase phosphatique exige une urine insuffisamment acide, ou neutre ou alcaline. Si par intermittence l'urine est trop acide il se forme des dépôts uriques, d'où ces couches concentriques tantôt grises, tantôt rouges de certaines pierres.

c — Pour qu'il y ait pierre, il faut que les poussières phosphatiques trouvent dans la vessie un mucus qui les agglutine.

Comment nous opposer à la réalisation de ces trois conditions ?

Nous avons dans les balsamiques des modificateurs puissants de la muqueuse vésicale.

Un régme fortement animalisé acidifierait l'urine, mais nous donnerait un dépôt d'urates, nous devons donc nous adresser ailleurs. L'acide benzoïque ne mérite pas ce reproche : il se transforme en acide hippurique et on le retrouve dans les urines sous forme d'acide hippurique et d'hippurates.

Reste à modifier l'état des centres nerveux commandant à la nutrition.

Je retiens de la note de Robin, confirmée d'ailleurs par le fait précité, que l'antipyrine diminue l'élimination des matériaux solides de l'urine et cela

(1) Laget, de Marseille, l'a employé comme analgésique dans un accouchement prématuré et s'en loue.

même quelques jours après la cessation de son emploi. Je retiens de la note de Robin et des résultats obtenus par G. Sée son action élective sur les centres nerveux, action par laquelle elle modifie la composition de l'urine.

Mettant à profit les données du laboratoire établies par des expériences rigoureusement conduites, je tire logiquement les conclusions suivantes:

L'antipyrine doit désormais rentrer dans le traitement de la lithiase.

Le traitement prophylactique de la pierre phosphatique doit comprendre l'antipyrine, l'acide benzoïque, et les balsamiques ayant le plus d'action sur la muqueuse vésicale.

Sancerre, 15 janvier 1888.

Dr J. COMBAUD.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Le *Bulletin médical* vient de publier le projet de loi sur l'exercice de la médecine dont M. le docteur Chevandier est le rapporteur.

M. Prengrueber, le Directeur du Bulletin, fait précéder le texte de quelques considérations ; nous les reproduisons d'autant plus volontiers que notre distingué collègue a bien voulu témoigner de la part prise par le *Concours médical* à l'œuvre de M. le docteur Chevandier et que nous ne sommes guère habitués à ces bons procédés. (N. de la R.)

Projet de loi sur l'exercice de la médecine

Par M. le Dr CHEVANDIER, rapporteur.

Hier a été distribué au Parlement un rapport très complet, très remarquable, rédigé par M. le docteur Chevandier (de la Drôme), député, au nom d'une Commission chargée d'examiner le projet de loi et les propositions sur l'exercice de la médecine.

Cette commission se compose, outre M. Chevandier (rapporteur), de MM. Dellestable, Jules Carret, Michou, Rathier, Simonnet, Frébault, Devade, Viger, Bourneville et Cordier.

Le projet de la Commission diffère, sur bien des points, du projet du gouvernement.

Les questions soulevées par les deux projets, celui de la commission parlementaire et celui du gouvernement, sont les suivantes:

1° Le libre exercice de la médecine doit-il être proclamé? 2° L'officiat de santé doit il être abrogé? 3° A quelles conditions les médecins étrangers peuvent-ils être admis à exercer la médecine en France? 4° Faut-il réglementer la profession de dentiste? 5° Quelles doivent être les relations des médecins avec la justice? 6° Y a-t-il lieu de modifier quelques articles du Code civil relatifs aux privilèges des honoraires des médecins et à leurs prescriptions? 7° Doivent-ils bénéficier de la loi sur les syndicats professionnels? 8° Les conditions d'études doivent-elles être modifiées? 9° Quelles dispositions transitoires doit-on prendre, soit pour augmenter les droits professionnels des officiers de santé actuels, soit pour leur faciliter l'obtention du diplôme de docteur, soit pour réserver les droits des étudiants en cours d'études pour l'officiat? 10° Quelles pénalités faut-il appliquer à l'exercice illégal de la médecine, et dans quel cas l'interdiction de l'exercice de la médecine peut-elle être prononcée?

Voici comment répond à la plupart de ces questions le dispositif du projet de loi de la commission parlementaire (1).

TITRE 1er.

Article premier.

Nul ne peut exercer la médecine en France ni aux colonies, s'il n'est pourvu d'un diplôme de docteur en médecine délivré par une Faculté de l'État, et si, du jour de son élection de domicile, dans le délai d'un mois, il n'a fait enregistrer son titre à la sous-préfecture et au greffe du tribunal civil de son arrondissement.

Toutefois, les praticiens créés en Algérie par la loi du 31 décembre 1879 continueront à distribuer leurs secours médicaux dans les conditions de cette loi.

Art. 2.

Les officiers de santé, reçus conformément au titre III de la loi du 10 ventôse an XI, ou aux arrêtés et décrets subséquents, auront désormais le droit d'exercer leur profession sur tout le territoire de la République, sans être astreints ni à une autorisation ministérielle, ni à l'obtention d'un nouveau diplôme.

Art. 3.

Les officiers de santé pourront, s'ils comptent deux années d'exercice, se présenter devant une Faculté de l'État pour obtenir le titre de docteur en médecine, après avoir subi avec succès deux examens, présenté et soutenu une thèse.

Art. 4.

Les officiers de santé devenus docteurs sont tenus de faire inscrire leur nouveau diplôme conformément à l'article premier, qu'ils aillent ou non se fixer dans un autre département.

Le fait de s'installer dans un autre département oblige les docteurs en médecine, officiers de santé, sages-femmes, à un nouvel enregistrement de leur titre, et cela dans le mois de leur élection de domicile.

Art. 5.

Des listes des docteurs en médecine, officiers de santé, et sages-femmes, sont établies chaque année dans les départements par les soins des préfets et de l'autorité judiciaire. Des copies certifiées conformes en sont transmises aux Ministres compétents dans le mois de décembre de chaque année et affichées par les soins du préfet dans le département, pendant la première quinzaine de janvier.

Art. 6.

Les sages-femmes munies d'un diplôme de première ou de deuxième classe continueront à exercer la pratique des accouchements dans les conditions actuelles.

Art. 7.

L'exercice simultané de la profession de médecin et de la profession de pharmacien est interdit, même dans le cas de possession des diplômes conférant le droit d'exercer ces professions.

Toutefois, tout docteur en médecine ou officier de santé, exerçant dans les localités où il n'y a pas d'officine de pharmacien à une distance de quatre kilomètres, peut tenir des médicaments, pour l'usage exclusif de ses malades, sous la condition de se soumettre à toutes les lois et à tous les règlements qui régissent ou régiraient la pharmacie, à l'exception de la patente.

Art. 8.

Le Gouvernement autorisera, sous condition de réciprocité, les médecins reçus à l'étranger, quelle que soit leur nationalité, possesseurs de diplômes dont l'équivalence avec le diplôme français aura été reconnue, à exercer librement en France et aux colonies.

Cette autorisation sera toujours révocable.

(1) « Il est de toute justice de rappeler que l'honneur et le mérite d'avoir provoqué ces projets de réforme de l'exercice de la médecine reviennent à notre confrère le *Concours médical*, qui mit la question à l'étude en 1881. »

A défaut de réciprocité établie, le Français et l'étranger, reçus docteurs en médecine à l'étranger, ne peuvent être autorisés à exercer en France ou aux colonies qu'après avoir établi qu'ils ont exercé pendant deux ans à l'étranger ; après avoir obtenu la dispense de scolarité, après avoir subi avec succès, devant une faculté de l'État, deux examens portant sur l'ensemble des connaissances médicales théoriques et pratiques, présenté et soutenu une thèse, produit un certificat authentique de bonne vie et mœurs.

La dispense de scolarité ne leur sera accordée par le ministre que sur la déclaration du Conseil supérieur de l'Instruction publique de l'équivalence des diplômes ou certificats produits par les candidats avec les diplômes français de bachelier ès lettres ou de bachelier ès sciences complet.

Le ministre fera connaître sa décision dans le délai de trois mois, du jour où il aura été saisi de la demande.

Les candidats payeront les frais des deux examens et la soutenance de la thèse.

Art. 9.

Pourront être autorisés exceptionnellement par le ministre compétent, et en dehors de la condition de réciprocité, à exercer la médecine sur le territoire de la République :

Les Français et les étrangers, reçus docteurs à l'étranger, qui accompagnent leurs clients dans les stations thermales ou hivernales françaises.

L'autorisation limitera l'exercice de la médecine à la station même ; elle sera toujours révocable.

Sont également autorisés à exercer la médecine, durant une épidémie ou en cas de remplacement, les internes des hôpitaux et hospices français nommés au concours, ayant douze inscriptions, et les étudiants en médecine dont la scolarité est terminée.

Cette autorisation, délivrée par le préfet du département, est limitée à trois mois ; elle est renouvelable dans les mêmes conditions.

Art. 10.

L'étranger ayant fait tout ou partie de ses études en France, reçu docteur en médecine par une Faculté de l'État, exerce librement sur le territoire de la République.

Art. 11.

Nul étranger ne peut être admis à prendre des inscriptions dans une Faculté de médecine de l'État, dans une école préparatoire de médecine et de pharmacie, ou dans une faculté libre que sur l'autorisation du ministre de l'Instruction publique. Cette autorisation n'est accordée qu'autant que le Conseil supérieur de l'Instruction publique a déclaré l'équivalence des diplômes ou certificats produits avec les diplômes français de bachelier ès lettres ou de bachelier ès sciences complet.

Le candidat qui se présentera comme ayant déjà commencé ses études médicales à l'étranger, en outre des diplômes ou certificats ci-dessus mentionnés, dont l'équivalence aura été reconnue, devra, pour être autorisé à prendre cumulativement un nombre d'inscriptions représentant une partie des études médicales faites à l'étranger, obtenir du Conseil supérieur de l'Instruction publique la déclaration d'équivalence de scolarité effectuée avec le nombre d'inscriptions à lui accorder.

Il sera tenu de subir les examens correspondants au nombre de ces inscriptions, avant d'être admis à prendre des inscriptions nouvelles.

Art. 12.

Tout médecin sera tenu de donner soit à l'autorité administrative, soit aux agents de la santé publique, les renseignements utiles à l'hygiène générale, notamment en ce qui concerne les maladies épidémiques ou endémiques, et l'indication des causes de décès, sous la réserve du secret professionnel.

Art. 13.

Tout médecin, lorsqu'il est requis, doit le concours de son art à l'autorité administrative ou judiciaire en cas de flagrant délit.

Dans toute autre circonstance il est libre de se récuser. Le médecin qui a prêté son concours en vertu des dispositions précédentes, agit en qualité d'expert et a droit à la rémunération afférente à cette qualité.

Art. 14.

L'action des médecins et des sages-femmes pour leurs visites, consultations, opérations et médicaments, quand la loi les autorise à en délivrer, se prescrit par cinq ans.

Les créanciers privilégiés sur la généralité des meubles, par le paragraphe 3 de l'article 2101 du Code civil, y figureront désormais dans les termes suivants :

1° .....

2° .....

3° Les frais quelconques de dernière maladie pendant un an.

Art. 15.

Les médecins jouiront, à partir de la promulgation de la présente loi, du droit de se constituer en associations syndicales, dans les conditions de la loi du 24 mars 1884.

TITRE II.

Conditions d'études.

Art. 16.

La durée totale des études pour le doctorat en médecine est de quatre années, non compris le temps des épreuves à subir après la dernière inscription.

Art. 17.

Nul n'est admis à prendre la première inscription dans une Faculté de l'État, une école de plein exercice, une école secondaire de médecine et de pharmacie, ou une Faculté libre, s'il n'est muni du diplôme de bachelier ès lettres ou de bachelier ès sciences complet.

Art. 18.

Les élèves qui, au moment de la promulgation de la présente loi, auront pris leur première inscription pour l'officiat de santé, pourront continuer leurs études médicales dans les conditions actuelles et prendre le diplôme d'officier de santé.

Ceux qui seraient munis du diplôme de bachelier ès lettres ou de bachelier ès sciences complet, ceux qui acquerront l'un ou l'autre de ces diplômes au cours de leurs études, seront admis à changer contre un égal nombre d'inscriptions pour le doctorat celles qu'ils auront prises pour l'officiat de santé, du jour où ils auront subi avec succès les examens correspondant à ce nombre.

TITRE III.

Exercice illégal. — Pénalités. Incapacités.

Art. 19.

Exerce illégalement la médecine :

1° Toute personne qui, sans posséder l'un des titres ou l'une des autorisations indiqués par la loi, ou qui, sans avoir fait enregistrer son diplôme, pratique la médecine, la chirurgie, l'art des accouchements, c'est-à-dire a l'habitude de conseiller un ou plusieurs médicaments, ou un traitement, ou de se livrer à des manœuvres opératoires ayant pour but de guérir.

2° Toute personne qui, munie d'un titre régulier, sort des attributions que ce titre lui confère, notamment en prêtant son concours aux personnes visées ci-dessus, à l'effet de les soustraire aux prescriptions de la présente loi.

Art. 20.

Le délit d'exercice illégal de la médecine sera dénoncé aux tribunaux de police correctionnelle à la diligence du procureur de la République.

Les médecins, sages-femmes, ou les associations de médecins régulièrement autorisées, intéressés à la poursuite, pourront se porter partie civile.

Art. 21.

Le délit d'exercice illégal de la médecine par défaut de l'enregistrement du titre sera puni d'une amende de 16 à 25 francs, même en cas de récidive.

Sera considéré comme en état de récidive le médecin ou la sage-femme qui, ayant été condamné en vertu du paragraphe précédent, n'auront pas fait inscrire leur diplôme dans le délai d'un mois à partir du jour de leur condamnation définitive ; celui ou celle qui, ayant transféré son domicile dans un autre département, aura négligé de faire enregistrer son diplôme, conformément aux articles 1 et 4 de la présente loi.

Art. 22.

Quiconque exerce illégalement la médecine est puni d'une amende de 100 à 500 francs. En cas de récidive, l'amende sera de 500 à 1,000 francs. Il peut, en outre, dans ce dernier cas, être puni d'un emprisonnement de cinq jours à un mois.

Art. 23.

Si l'exercice illégal de la médecine est accompagné d'usurpation de *titres*, l'amende sera de 1,000 à 2,000 francs ; en cas de récidive, elle sera de 2,000 à 3,000 *francs, et le* coupable sera en outre passible d'un emprisonnement de trois mois à un an.

Art. 24.

Sera considéré comme ayant usurpé le titre français de docteur en médecine, quiconque fera procéder ou suivre son nom de la qualité de docteur sans en indiquer la nature et l'origine, s'il n'a été décerné par une Faculté de l'Etat français.

Art. 25.

Il y a récidive lorsque dans les cinq années antérieures le prévenu a été condamné pour un des délits prévus par la présente loi, le délit résultant du défaut d'enregistrement du diplôme excepté.

Art. 26.

En cas de conviction de plusieurs délits ci-dessus énoncés, les peines ne pourront être accumulées, si ce n'est à raison de ceux de ces délits qui seraient postérieurs au premier acte de la poursuite, de façon à ce que, par le fait du cumul, l'emprisonnement ne puisse jamais dépasser un an et l'amende 2,000 francs.

Art. 27.

L'article 463 du Code pénal est applicable dans tous les cas prévus par les articles 21, 22 et 23.

Art. 28.

La suspension temporaire ou l'incapacité absolue de l'exercice de la médecine peuvent être prononcées accessoirement à la peine principale contre tout médecin, officier de santé ou sage-femme qui est condamné :

Soit à une peine afflictive et infamante ;

Soit à une peine correctionnelle prononcée pour crime de faux, pour vol et escroquerie, pour crimes ou délits prévus par les articles 316, 317, 331, 332, 334, 335 et 345 du Code pénal ;

Soit à une peine correctionnelle prononcée par la cour d'assises pour les faits qualifiés crimes par la loi.

En aucun cas la suspension temporaire ou l'incapacité absolue de l'exercice de la médecine n'est applicable aux crimes ou délits politiques.

Art. 19.

L'exercice de la médecine par les personnes frappées de suspension temporaire ou d'incapacité absolue de l'exercice de la médecine dans les conditions spécifiées à l'article précédent, tombe sous les coups des articles 20, 21, 25 de la présente loi.

Art. 30.

Le grade de docteur en chirurgie est et demeure supprimé.

Ar. 31.

Nulle modification ne pourra être apportée à cette loi que par une loi.

L'assurance médicale anglaise en cas de maladie, pour retraite et sur la vie.

Dans la dernière réunion du conseil, présidé par M. E. Hart, celui-ci a constaté les brillants résultats de l'œuvre et ses bienfaits, dans les trois branches de l'association.

Branche maladie. Elle est la plus importante ; sa réserve s'est grandement accrue et pendant l'année, 116 membres ont reçu l'indemnité pour 500 semaines environ de suspension de leur travail, soit près de 1000 livres. Ce qui fait qu'en 3 ans et trois mois on a payé maintenant une somme de 4.700 livres.

La cause de l'incapacité est très variable. On a payé pour une semaine et pour une année.

L'expérience a démontré l'excellence du système de la Société qui n'accorde plus, au bout de 6 mois, qu'une demi-indemnité pour les affections chroniques.

Il convient de noter que grand nombre de maladies dépendent de causes auxquelles tous les médecins sont également exposés : 21 accidents, parfois très graves, dans l'année ; 8 cas de fièvres typhoïde, scarlatine, etc.

Bien que les demandes d'indemnité aient été cette année plus nombreuses qu'on ne l'avait supposé à l'origine, elles ont été pourtant inférieures aux prévisions de M. Neison, le statisticien qui a établi les calculs.

Le capital s'est accru de près de 21,000 livres depuis 3 ans et 3 mois de fondation ; cette somme est placée à intérêts plus rémunérateurs qu'on ne l'avait calculé d'abord.

La gestion coûte fort peu, grâce au dévouement des directeurs de l'œuvre, qui ont pu économiser près de 1,700 livres sur les prévisions de frais d'administration.

La publicité pour l'œuvre a été faite gratuitement, surtout par le *British medical Journal*. Plus de 100 adhésions arrivées dans l'année font que la Société compte 800 adhérents et plus de 9,000 livres de revenu.

Le succès de l'Association amicale des médecins anglais est donc complet.

Elle verse des indemnités très suffisantes, accumule d'amples réserves, placées à un bon taux et en un mot ses progrès sont constants.

H. C.

VARIÉTÉS

Un portrait de Vésale au Louvre.

Monsieur le Directeur,

Il y a dix ans, M. le docteur Turner faisait paraître dans le feuilleton de la *Gazette hebdomadaire*, une étude très soignée et qui fut très retentissante, dont le but était d'établir que le tableau portant le nº 88 du Catalogue du Louvre représentait André Vésale, le célèbre anatomiste peint par Calcar.

Après avoir accumulé documents sur documents en faveur de sa thèse, il concluait avec une grande con-

viction : « Il n'y a donc aujourd'hui plus de doute sur « le portrait de Jean de Calcar. Le personnage qu'il re- « présente est *sûrement* André Vésale, et il y a urgence « à mettre son nom au Catalogue du Musée du Louvre « à la place qu'il devrait occuper depuis 1867. » (Voir les nos 28, 30 et 33 de la *Gazette hebdomadaire*, juillet et août 1877.)

Le professeur Laboulbène accepta avec empressement cette manière de voir, et il y a un peu plus d'un an, dans son cours d'histoire à la Faculté, il disait à ses élèves : « Je tiens à indiquer à ceux de vous qui vou- « draient connaître les traits de Vésale, outre le portrait « paru dans ses œuvres, une belle toile actuellement « placée dans la galerie du Louvre, Collection Italienne « n° 48. Mon ami M. Turner a montré que ce portrait « est réellement celui d'André Vesale, à l'âge de 26 ans « et peint par Jean de Calcar en 1540. » (Voir *Revue Scientifique* n° 23, 4 décembre 1886.)

L'administration des Beaux-Arts n'a pas admis cette interprétation, et si vous consultez le catalogue de la Collection Italienne de 1883 vous trouvez :

« Quelques personnes ont cru reconnaître dans ce por- « trait celui d'André Vésale, mais l'écusson figuré sur la « colonne exclut la possibilité de cette attribution. « Dans le traité anatomique de Vésale, son portrait est « surmonté de ses armes parlantes, trois belettes « (Wesel, en flamand).

Ce personnage, en effet, est un membre de la famille Del Buono, de Venise, qui portait trois pavots d'or sur champ d'azur.

Le docteur Turner et avec lui le professeur Laboulbène sont donc dans l'erreur. Il n'y a pas de doute à cet égard.

A mon tour, espérant être plus heureux, je viens, Monsieur le Directeur, vous demander la permission de prendre position dans cette question si intéressante de savoir si le Louvre possède un portrait de Vésale.

Il est établi que le n° 88 du catalogue n'est pas le portrait de l'anatomiste.

Mais le n° 295, peint par Jules Romain, n'est-il pas ce tableau cherché ?

C'est du moins mon avis formel, et j'espère avant peu pouvoir établir ce fait d'une manière à faire la conviction dans les esprits les plus prévenus.

Ce portrait est vu en buste, tourné de trois-quarts à droite, vêtu de noir. Catalogué précédemment comme celui de Jules Romain, il n'offre aucune ressemblance avec celui des *Offices* peint par lui-même. J'ajoute qu'il ressemble absolument à celui d'André Vésale.

C'est pour que la priorité me reste dans cette question que je vous prie de publier cette lettre dans votre excellent journal, en attendant que je vous livre mon étude pour que vous en fassiez ce que bon vous semblera.

Agréez etc.

Dr RATTEL.

6 février 1888.

BIBLIOGRAPHIE

— Nous avons sous les yeux la brochure que vient de publier notre distingué confrère M. *Lereboullet : A. Dechambre, sa vie, ses œuvres*. Nous lui adressons nos félicitations pour son travail ; le successeur, le continuateur de son ami et de son maître, a rendu un digne hommage à la mémoire de Dechambre. Il a raconté les nombreuses et émouvantes péripéties de la longue carrière du journaliste et du savant, en un style digne de l'auteur du *Dictionnaire* et du directeur de la *Gazette hebdomadaire*. Librairie Masson, 120 Boul. St-Germain.

BULLETIN DES SYNDICATS

ET DE

L'UNION DES SYNDICATS

DIRECTEUR : Dr BARAT-DULAURIER

Compte-rendu des travaux du Syndicat de la Loire-Inférieure.

(Suite.)

Vous le voyez, votre syndicat ne laisse échapper aucun détail de la pratique médicale sans chercher à y apporter la lumière. Mais votre activité se réveille surtout quand il s'agit de questions de déontologie proprement dite et, entre toutes, les questions, les plus délicates, les plus indécises sont celles que vous paraissez affectionner davantage. Y a-t-il, par exemple, quelque chose de plus délicat et de plus intéressant que les rapports de confrère à confrère ?

Dans votre séance du 1er juillet, M. Patoureau était chargé de vous porter plainte au sujet d'un prétendu cas de détournement de malade par l'un des nôtres. Les cas de détournement de malades sont une des plaies de notre profession. Vrais ou faux, ils suscitent entre nous des inimitiés sourdes, des haines qui ne s'éteignent plus.

Le véritable détournement, celui qui consiste à s'insinuer près d'un malade en voie de traitement ou dans l'intervalle de deux maladies ; ce détournement, hâtons-nous de le dire, est un fait bien rare. Le confrère qui s'en rend coupable, tombe sous l'action du mépris de ses confrères honnêtes. C'est là son seul châtiment. Malheureusement, en effet, nulle sanction dans l'état actuel de la médecine, ne vient faire respecter nos lois de dignité médicale. Mais en dehors de ce cas bien avéré combien de prétendus détournements qu'on ne peut qualifier ainsi ?

Le cas cité par M. Patoureau vous a permis d'établir les deux points suivants :

D'abord la liberté du malade doit toujours et avant tout être respectée. Le malade n'est pas une propriété particulière, réservée par le médecin qui le soigne ; sa liberté, une liberté très grande, doit être respectée, quelque désagréables que soient sa conduite, ses préjugés, son ingratitude même.

« La famille, dit l'un de nos maîtres, peut pour une raison absolue congédier son premier médecin. Avons-nous dans ce cas le droit d'intervenir d'autorité dans des relations nouées sans nous et sans nous dénouées ? A quel titre viendrions-nous exposer une famille qui ne veut plus d'un médecin, qui a peut-être à s'en plaindre gravement, à quel titre l'exposerions-nous à des visites importunes, à des obsessions, à des récriminations ? Avons-nous le droit, d'un autre côté, de mettre une famille en interdit ? » La conduite du remplaçant à cet égard est fort simple ; défendre un confrère honorable, engager le client à lui continuer sa confiance, et, s'il n'y réussit pas, l'accepter pour lui-même.

En second lieu, nous médecins qui avons la prétention de nous respecter, et quoique enchaînés par nos règlements, d'être aussi libres de bien faire que

le premier venu de nos confrères non syndiqués, nous nous sommes astreints à la règle invariable de nous prévenir directement ou indirectement quand un malade nous change.

A cette loi nous reconnaissons cependant encore quelques exceptions. Tant il est vrai que nous n'avons quelquefois pour règle de notre conduite que notre conscience et cette honnêteté professionnelle qui est un champ sans limites, tant il est vrai que cette qualité nous est indispensable à tous et qu'elle peut seule nous guider en dernier ressort au milieu des cas obscurs qui se révèlent chaque jour.

Un second fait de déontologie médicale est venu s'imposer à votre attention comme une nécessité.

Dans son discours annuel, le président de l'association locale crut devoir flétrir en termes à peine voilés le président de notre syndicat qui remplissait alors, dans cette même association locale le fauteuil de la vice-présidence. Nous n'avons pas à vous exposer les causes de ce conflit. Chose étrange, elles ne touchent ni à l'association, ni au syndicat, et c'est cependant à la tribune de l'association que le jugement se faisait entendre. Vous vous rappelez sans doute encore l'émotion et la surprise pénible qui nous envahirent en entendant un tel réquisitoire contre celui que vos voix et votre amitié maintiennent depuis 3 ans, par des suffrages unanimes, à la tête de votre syndicat. Son honneur, avons-nous besoin de le dire, ne nous parut nullement atteint. Notre président, cependant se crut offensé et réclama énergiquement la réparation qui lui était due. Cette réparation lui fut refusée.

C'est alors que votre syndicat intervint avec la prudence qui caractérise tous vos actes, avec la fermeté et le sang-froid dont vous êtes capables.

Considérant que le débat personnel, si malheureusement soulevé au sein de l'association, menaçait de troubler les bons rapports de nos confrères, vous avez écrit à vos délégués de Nantes en leur demandant la démission du bureau tout entier. Cette démission ne pouvait être refusée. Aux élections du 2 août et du 10 décembre, votre liste de candidats passait tout entière et le nouveau bureau de l'Association nous promet aujourd'hui de longs jours de paix et de bonne harmonie. *Ce résultat est dû au syndicat, au syndicat seul.*

Ainsi se trouve réalisée, selon la parole de notre excellent maître M. Berneaudeaux, au banquet du 27 juillet 1884, la *nécessité* de notre syndicat. Il est bon, en effet, que dans les questions d'honneur médical l'association trouve dans le syndicat un égal et un allié.

Ces discussions d'ordre intérieur ne vous ont pas empêchés de suivre d'un œil attentif les agissements de nos rebouteurs et de toutes les personnes étrangères à notre art qui se croient appelées à nous seconder et même à nous remplacer près des malades.

Le moment n'est peut-être pas éloigné où le syndicat de Nantes interviendra devant les tribunaux. Dans une de vos dernières séances vous appreniez que l'un des rebouteurs les plus fameux de Nantes venait d'être condamné à une légère amende. Peut-être auriez-vous pu déjà, selon l'avis de votre vice-président, vous porter parties civiles et vous aviez certainement qualité pour réclamer collectivement des dommages intérêts. Plusieurs cours et tribunaux, la cour de cassation elle-même, ont ainsi jugé bien des fois. Dans le cas présent, votre intervention eût été justifiée, car ce rebouteur célèbre cause un préjudice matériel considérable à nos confrères.

Un second cas d'exercice illégal de la médecine vous a été signalé et a occupé quelque temps vos séances. Un prêtre de l'arrondissement de Chateaubriant n'ayant pas de médecin dans sa commune, fait venir près de lui une sœur de Saint-Gildas, annonce en chaire que tous les malheureux qui auront besoin de soins seront visités par cette sœur moyennant un abonnement de 5 fr. par an.

Il y avait là tout ce qui constitue l'exercice illégal de la médecine: absence de diplôme et honoraires quand même

En vain objectera-t-on que cette sœur ne soigne que les cas légers. Nous aussi nous soignons les cas légers et, Dieu merci, nous pouvons dire que les indispositions sans gravité sont de pratique courante, tandis que les cas graves sont l'exception. Enfin la loi de Ventôse au XI, qui a pour but de défendre la santé des citoyens contre les empiriques et les ignorants n'est point infirmée par cette étrange théorie du Conseil d'état (30 septembre 1875):

« Les personnes religieuses qui donnent seulement des conseils ou des soins aux malades, pourvu toutefois qu'elles ne signent ni ordonnances, ni consultations et que *leurs visites soient gratuites*, ne font que ce qui est permis... etc »

Ici la rétribution pécuniaire, l'abonnement, n'était-il pas demandé aux pauvres de la commune ?

La tâche de votre syndicat était donc bien facile. Malheureusement encore ici un retour inexplicable sur lui-même du confrère, qui avait d'abord porté plainte contre cet ordre de choses, est venu rendre notre ministère inutile.

Nous avons dessiné, dans ses traits principaux, l'ensemble de nos occupations pendant l'année qui vient de s'écouler. Nous ne nous sommes pas attachés à vous parler de vos relations avec les sociétés de secours mutuels; notre confrère, M. Chachereau, si compétent en pareille matière, doit vous entretenir tout à l'heure de ce sujet aride. Je ne vous ai pas parlé non plus de nos relations et de nos correspondances avec les autorités de notre ville, avec le ministère de l'Intérieur, etc. Quoique notre existence légale nous ait été contestée, il paraît que nous vivons, que nous jouissons d'une santé assez robuste, puisqu'on nous écrit et qu'on entretient des relations avec nous. On n'entretient pas de correspondance avec ceux qui n'existent plus.

Résumons ce compte rendu déjà bien long et que vous avez eu l'indulgence d'entendre. Le syndicat de Nantes, dans ses actes de l'année 1887, a prouvé qu'il se composait de membres très unis, que ses avis étaient d'un grand poids parmi nos confrères, que ses services démontrent sa nécessité et que nous sommes toujours à l'avant-garde pour soutenir les prérogatives du corps médical.

Ah ! si la seconde moitié des médecins de Nantes qui nous observe avec curiosité, sans nous donner son adhésion, venait avec nous ! Nous serions aussitôt en mesure de réaliser nos projets les plus difficiles. Rien ne résisterait à cette force d'association.

En attendant, le syndicat poursuit son œuvre quand même et nous pouvons bien dire hautement, après avoir étudié ses travaux, cette année, que vous vous êtes fait respecter par tous et que chez vous l'honneur et la confraternité ne sont pas de vains mots et de vains fantômes.

Le secrétaire, Dr LUNEAU.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX frères, place St-André, 3.

Dixième année **N° 9** 3 Mars 1888

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE :

LA SEMAINE MÉDICALE

Grandeur et décadence de la phloroglycine-vanilline. (1).

La recherche de l'acide chlorhydrique dans le suc gastrique par le procédé que M. G. Sée a recommandé à l'Académie, la réaction de la phloroglycine-vanilline ou réactif de Gunzburg, vient d'être assez ébranlée par les critiques de MM. L. Faucher et C. Paul. Toutes les fois que l'œuf dur, qui avec un verre d'eau doit constituer le repas d'épreuve destiné à être retiré de l'estomac au bout de trois quarts d'heure, n'est pas absolument frais, c'est-à-dire dès qu'il y a des traces d'hydrogène sulfuré, la réaction rouge q.i ne devrait déceler que l'acide chlorhydrique apparaît. M. Paul en conclut qu'il n'y a aucune indication à tirer de la réaction par la phloroglycine-vanilline pour affirmer l'existence de l'acide chlorhydrique libre dans le produit de la digestion si on emploie pour se procurer le suc gastrique le procédé indiqué par M. Sée (1).

Antipyrine et acétanilide.

L'*antipyrine* est revenue sur le tapis. M. Sée riposte encore à la communication dans laquelle M. Jennings avait signalé des rash et des accidents d'intoxication ; il n'a pas de peine à démontrer que le cri d'alarme jeté par ce confrère est par trop exagéré. Quant à opposer la belladone ou l'atropine aux rash antipyriniques comme l'a conseillé M. Jennings, c'est, dit M. Sée, une témérité effrayante.

M. Laborde insiste surtout sur l'irritation gastrique que peut causer l'antipyrine et conseille de la faire prendre au moment des repas. L'éminent physiologiste donne d'intéressants détails sur le mode d'action de l'antipyrine, de l'acétanilide et de la quinine, trop délaissée suivant lui.

L'action principale de l'antipyrine se localise surtout sur les centres nerveux, et se caractérise par la diminution de la perception sensitive et de l'excitabilité réflexe. C'est l'exagération de ces phénomènes qui explique les accidents cérébraux et médullaires qu'on a pu observer à la suite de l'emploi de cette substance; quant aux éruptions, elles semblent dues à des troubles vaso-moteurs qui sont également l'exagération des phénomènes physiologiques. M. Laborde fait remarquer que tout ce groupe symptomatique se rencontre après l'action de la quinine.

Un facteur sur lequel on a trop peu insisté jusqu'ici et qui doit jouer un rôle important dans la genèse des troubles morbides provoqués par l'antipyrine, c'est l'impureté du produit.

M. Laborde a fait des recherches expérimentales avec un produit aussi pur que possible; les résultats obtenus sont surtout remarquables en ceci : l'abaissement thermique était toujours précédé d'une période d'élévation de la températrre variant de 0°,5 à 0°,9. Cette période d'excitation se rapporte à la loi physiologique qui veut que l'action atténuatrice de toute substance médicamenteuse ou toxique sur telle ou telle fonction commence par exciter ou activer cette fonction. Cette excitation primitive pourrait être utilisée pour apprécier la pureté du produit.

L'étude de la quinine nous montre une influence du même ordre sur le système nerveux. Cette action modératrice sur les centres nerveux constitue une véritable loi physiologique qui pourrait être libellée en ces termes : tout modérateur thermique vrai est nécessairement modérateur des centres nerveux sensitifs.

Les recherches faites sur l'acétanilide, surtout

(1) Académie de médecine, 21 février.

celles de M. Lépine, ont montré que cette loi est également vraie pour ce corps.

Cependant, d'après M. Laborde, la quinine est, en cela, comme en tout le reste, le type du groupe, et il croit qu'après une période d'engouement c'est encore à cette vieille substance qu'on en reviendra dans la majorité des cas, tout en conservant ses congénères pour certaines applications mieux précisées dans l'avenir.

M. *Hardy* relate un fait qui lui paraît démontrer la haute toxicité de l'acétanilide ; une personne à qui on en donnait un gramme par jour en huit doses, aurait succombé peu de temps après l'absorption de la dernière dose, et la mort a été suivie d'un refroidissement et d'une rigidité d'une rapidité insolite.

En outre M. Hardy proteste contre le sans-gêne des pharmaciens qui non seulement délivrent àtout venant l'antipyrine sans ordonnance de médecins, mais prennent sur eux de la conseiller à toute personne qui se plaint de douleurs.

M. *Rochard* appuie cette protestation.

M. *Beaumetz* considère que la mort attribuée par M. Hardy à 1 gramme d'acétanilide a pu être produite par tout autre cause ; il a donné cette dose à des malades pendant des mois entiers sans aucun accident, et il serait fâcheux de jeter un discrédit immérité sur ce médicament très utile contre les douleurs fulgurantes ataxiques.

M. *Brouardel* fait observer avec grande raison qu'en cas d'intoxication par l'antipyrine et l'acétanilide, il faut toujours rechercher quel était l'état des reins. Les accidents dont il a été question se montrent surtout chez les gens dont les reins fonctionnent mal.

M. *Gautier* soupçonne l'aniline, qui sert à l'acide acétique cristallisable à fabriquer l'acétan[ilide] et dont une portion peut rester mélangée au [pro]duit de cette réaction, d'avoir causé les accid[ents] toxiques. En pareil cas on devrait tout de suite saisir la substance suspecte chez le pharmacien e[t] faire analyser au laboratoire de toxicologie.

Epilepsie et trépanation.

M. *Féré* (1) présente un malade qui, cinq ou[...] mois après un traumatisme du vertex, a eu une [pre]mière attaque d'épilepsie. Depuis lors les accès [sont] revenus fréquemment avec vertiges dans l'in[ter]valle, deux à quatre fois pas mois. Au niveau d[e la] cicatrice existait une douleur extrêmement [vive] dont la provocation était suivie d'une attaque. [...] a cicatrice était en avant des zones psycho-motr[ices] mais les caractères de l'attaque n'étaient pas c[eux] de l'épilepsie partielle. Les muscles homologues [des] deux côtés du corps répondaient d'une façon [syn]chrone aux excitations de la cicatrice.

M. *Reclus* a fait, à la fin de novembre, une [tré]panation qui a permis de constater et de relever [un] enfoncement de la table interne. Pas une seule [ma]nifestation épileptique depuis lors, malgré quel[ques] excès bachiques.

M. *Joffroy* connaît une malade ayant des a[ccès] d'épilepsie qui s'était fait, disait-elle, une plai[e au] front pendant une attaque. En réalité c'était le [ré]sultat d'un coup de revolver, et M. Joffroy est [dé]cidé à faire intervenir le chirurgien si les infor[ma]tions ultérieures confirment l'antériorité de la p[laie].

(1) Société médicale des hôpitaux, 24 février.

FEUILLETON

Étude sur les caisses médicales de secours et de prévoyance,

Par le Dr Schoenfeld, de Bruxelles (*Suite*).

III. — La BELGIQUE est probablement le seul pays en Europe dans lequel aucune Institution de prévoyance, à l'usage des professions libérales, n'est reconnue par la loi.

L'*Association médicale du Brabant* a succédé en 1849 à l'*Union médicale de Bruxelles*, fondée en 1847 par les Drs Joly et Graux. Patronnée par l'élite des médecins de Bruxelles, unique en son genre dans notre pays, dans ces temps déjà reculés, cette Institution aurait pu jouer un rôle marqué, tant sur le terrain de la prévoyance et de la philanthropie que sur celui de la dignité médicale et de la moralité professionnelle. Mais l'insuffisance des cotisations (12 fr. par an), l'absence de dons et le défaut de publicité et de propagande suffisantes ont insensiblement opéré le vide autour d'elle.

Cette Caisse de secours et de pensions méritait mieux que de s'éteindre dans le silence : elle a fait beaucoup de bien dans la limite de ses ressources (elle sert aujourd'hui 900 francs de pensions), et son capital péniblement aggloméré durant ses 38 années d'existence atteint presque 40[...] francs. Mais comme depuis une vingtaine d'an[nées] aucune nouvelle affiliation n'a eu lieu; que [le] chiffre des adhérents est tombé de 107 en 1850 à [...] en 1859, à 31 en 1876 et à 19 en 1887 (dont plusi[eurs] très âgés), on peut prévoir que leurs fonds tom[be]ront plus tard en déshérence et seront happés [par] le Trésor public.

Nous osons exprimer la confiance que les hom[mes] distingués qui gèrent cette petite fortune, co[nfie]ront un jour l'actif et le passif de leur Institu[tion] périclitante à la Caisse de Pensions du Corps [mé]dical Belge. La *Section de Secours* peut affecter [des] dons « à des destinations spéciales, en faveur [de] telles branches de l'art de guérir, ou telles caté[go]ries de praticiens » (art. 5). Comme les bienfaite[urs] qui font un don d'au moins 2,000 francs, font [de] droit partie du Conseil d'administration, cette [ces]sion garantirait tous les droits acquis, tout en [reti]rant l'Association du Brabant de l'injuste oubli [dans] lequel elle est tombée.

Caisse de Pensions des membres du Corps [mé]*dical de la province d'Anvers*. Les statuts d[e] également de 1849, mais ont subi des rema[nie]ments multiples. Ils ont été reçus en 1849, com[me] lors de la revision de 1870, par un notaire « p[our] leur conférer le caractère authentique » — ce [qui] veut dire simplement que les adhérents d'alors

par rapport aux attaques épileptiques qui ont le caractère du petit mal.

Paralysie des nerfs moteurs de l'œil dans le goître exophthalmique.

M. *Ballet* fait connaître l'observation d'un homme atteint d'un goître exophthalmique et d'hystérie, déjà présenté l'année dernière à la Société des hôpitaux par M. Debove. En effet, cet homme a de la tachycardie, du tremblement, un goître et de l'exophthalmie.

Il était l'an dernier atteint d'anesthésie générale, aujourd'hui il est hémi-anesthésique. En outre, il présente comme signes d'hystérie la diplopie monoculaire, la chute par l'occlusion des yeux résultant de la perte du sens musculaire des muscles nécessaires à la station (*astasie* décrite par Blocq chez les hystériques).

Mais le point intéressant chez ce malade est l'existence de signes incontestables de paralysie bulbaire. Ce malade ne peut exécuter aucun mouvement des yeux (paralysie incomplète, mais évidente des muscles extrinsèques, IIIe, IVe et VIe paires ; ophthalmoplégie externe, des oculistes). Il y a conservation du réflexe irien aux excitations lumineuses; les réflexes d'accommodation ne sont peut-être pas intacts.

M. Ballet signale encore chez son malade le facies immobile, sans expression, par diplégie faciale ou double parésie ; le malade rend de temps en temps les boissons par le nez et ne peut souffler une bougie (VIIe paire.)

Il ne resterait que l'hypoglosse et la branche motrice du trijumeau, parmi les nerfs bulbaires, qui ne soient pas paralysés. Autre signe bulbaire, il existe une polyurie ancienne (5 à 6 litres par jour).

M. Féréol avait signalé il y a quelques années un malade atteint de goître exophthalmique qui présentait de la paralysie de la IVe paire avec hémi-anesthésie et hématrophie; c'était un hystérique. Dans le goître exophthalmique, M. Potain a observé une double paralysie faciale. M. Warnier a cité un cas d'ophthalmoplégie externe et M. Jendrassik un cas d'ophthalmoplégie interne avec paralysie du facial, de la branche motrice de la Ve paire et de l'hypoglosse.

M. Ballet termine sa communication en rappelant que parmi les théories pathogéniques auxquelles a donné lieu la maladie de Basedow, celle qui invoquait l'irritation ou la paralysie du sympathique est abandonnée, celle du pneumogastrique (G. Sée, Handfield, Jones), critiquable en tant que théorie exclusive, explique les palpitations, mais non l'ensemble du syndrôme. En revanche, la théorie bulbaire adoptée par M. Panas, déjà émise par Sattler, se trouve singulièrement fortifiée par un fait comme celui que M. Ballet vient de communiquer, où on voit presque tous les nerfs bulbaires paralysés; en faveur de cette théorie militent aussi les cas nombreux dans lesquels on a trouvé de la polyurie, de la glycosurie, de l'albuminurie.

L'apparition des symptômes hystériques et du syndrôme de Basedow s'est effectuée en même temps à la suite d'une chute dans l'eau.

M. *Dumontpallier* a rappelé qu'il a publié, il y a déjà longtemps, à la Société de biologie l'*observation d'une jeune fille glycosurique et polyurique avec* goître exophthalmique, survenu presque brusquement à la suite d'impression du froid pendant ses règles.

---

considéraient comme liés par les stipulations des statuts.

Sont conviés à s'affilier toutes les branches du Corps Médical, les dentistes, sages-femmes, et même les maréchaux vétérinaires. Mais parmi les 122 membres actuels on ne voit que des médecins (71) et des pharmaciens (4?); dont 9 (quatre médecins et cinq pharmaciens) ont une double participation (1).

Le montant de la pension (qui est *de droit* après 30 années d'affiliation) n'est pas fixe : sont distribués entre les ayants droit les 4/5 du revenu net, les droits d'entrée et les dons étant réservés. En 1886, la part était de 175 francs. Beaucoup de participants (17 sur 54 pensionnés) abandonnent généreusement leur quote-part, et cela depuis des années.

La fortune de cette excellente Société avait été légèrement ébréchée par la moins-value de quelques fonds étrangers ; mais l'administration actuelle réagit contre ce mode de placement. Actuellement, l'avoir s'élève à plus de 150,000 francs, plus 3,600 francs appartenant à la Caisse de Secours, dont la comptabilité est depuis quelques années, distincte de celle de la Caisse de Pensions.

L'*Association médicale de prévoyance de Gand* fut fondée en 1863 par l'Union des anciens étudiants en médecine, dans le but « de créer dans l'avenir une caisse de retraite ; de préparer et de fonder les institutions propres à compléter son œuvre d'assistance » — rêve généreux, mais peut-être trop ambitieux, en regard de cotisations annuelles de 20 francs et un chiffre à peu près stationnaire de membres (89 en 1886, contre 88 en 1882 et 86 en 1875). Toutefois les recettes (6,400 francs en 1886) permettent de soulager bien des misères : durant le dernier exercice, 1,500 francs ont été alloués à 5 veuves. L'avoir social s'élève à plus de 35,000 fr.

La *Caisse de Pensions du Corps Médical Belge*, instituée à Bruxelles fin 1869, après une longue et pénible incubation, est une Société d'assurance mutuelle contre la diminution de ressources par vieillesse, invalidité et décès prématuré. Elle constitue un heureux exemple de la mutualité, appliquée aux classes supérieures. Conçue en dehors de toutes préoccupations politiques ou doctrinales, libre de toute attache, elle a su réunir, tout en faisant beaucoup de bien, un capital de *sept cent mille francs*, malgré l'indifférence du grand nombre et l'hostilité masquée ou patente de membres influents du corps médical. Aussi s'impose-t-elle aujourd'hui à l'attention des praticiens comme des pouvoirs publics. (1)

(1) Mesure adoptée en 1876. Ce principe a été vivement combattu au sein de la Caisse de Pensions du Corps Médical Belge, tout comme l'admission des sages-femmes et des dentistes.

(1) Au 31 juillet dernier, l'avoir de la Caisse de Pen-

CHIRURGIE PRATIQUE

Des ruptures traumatiques de l'urèthre

(*Suite et fin*). (1)

INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES.

Quelle doit être la conduite du chirurgien? Elle doit être réglée sur les divers symptômes qu'il reconnaît en faisant son diagnostic. Les signes fondamentaux des ruptures de l'urèthre sont au nombre de quatre ; rappelons-les brièvement.

La *douleur* est d'intensité et de siège variable suivant le niveau et la gravité de la lésion uréthrale. Dans les ruptures de la région périnéale, c'est une douleur quelquefois cuisante, ou bien un endolorisement profond et diffus. Dans les ruptures péniennes, elle est plus vive, plus localisée, et d'après Gami-Débat elle suit parfois immédiatement un bruit sec qui accompagne la rupture de cette partie du canal. Bientôt, arrivent les phénomènes douloureux dus à la distension de la vessie.

L'urèthrorrhagie est un signe indubitable de lésion de la paroi uréthrale. Elle peut se faire goutte à goutte, ou plus abondamment; elle peut durer quelques heures ou même un ou deux jours ; alors elle peut affaiblir notablement le malade. En général, dit M. Guyon, quand l'écoulement du sang a été durable, on peut admettre que le cas est sérieux ; quand il est très peu abondant, passager, le danger est beaucoup moindre.

Les *troubles de la miction,* rares dans les ruptures perinéales, sont constants dans les autres cas. Le plus souvent primitive, la rétention d'urine, peut être incomplète (cas légers) ou complète. D'autres fois elle survient deux ou trois jours après l'accident, elle est due alors au gonflement inflam[matoire], tandis que la rétention primitive est le [plus] souvent due au spasme uréthral qui se produit [tou]jours quand la rupture, ce qui est le cas le [plus] fréquent, siège en avant du sphincter uréthral. [Dans] ces cas, la rétention est même un phénomène fav[ora]ble, car le spasme protège le foyer de la déchir[ure] contre l'invasion de l'urine, ce qui explique (Guy[on]) l'absence de fièvre dans les premières 24 heures.

L'état des parties qui entourent la rupture [est] aussi une source précieuse de diagnostic. La p[eau] peut être intacte dans sa continuité ; et alors on [voit] au périnée une ecchymose d'intensité variable, pl[us] ou moins étendue. Généralement il n'y a p[oint] d'ecchymose dans les ruptures de la portion [pé]nienne, ou dans celles qui siègent au-dessus [de] l'aponévrose moyenne du périnée. La tumeur s[an]guine périnéale due à l'épanchement du sang [au] niveau du foyer de la déchirure et à son infiltrati[on] dans le tissu cellulaire est allongée d'avant [en] arrière, plus ou moins volumineuse ; elle est du[re], rénitente, quelquefois on y sent une fluctuati[on] profonde.

Ces différents symptômes d'intensité variab[le] dont quelques-uns sont inconstants, ont permis [de] classer les ruptures de l'urèthre en cas légers, c[as] moyens et cas graves, répondant, eux aussi, a[ux] trois formes de lésions anatomiques admises par [les] auteurs (déchirure interstitielle, déchirure de la m[u]queuse, déchirure de la muqueuse et des tissus v[oi]sins).

Le Dr Etienne (1), de Toulouse, trace en deux pa[ges] un tableau très net des complications qui peuv[ent]

(1) Voir le n° 2 du *Concours Médical*.

(1) Annales des maladies génito-urinaires, janv[ier] 1887.

Elle embrasse les trois branches de l'art de guérir (médecins, pharmaciens et médecins vétérinaires) et a pour but de procurer des pensions « de droit » :

1° Aux sociétaires âgés de 64 ans et affiliés depuis au moins 10 ans ;

2° Aux participants frappés de maladie ou d'accidents entraînant une incapacité permanente de pratiquer, pourvu que l'incapacité n'ait pas précédé l'affiliation ;

3° Aux familles des membres décédés, après certaines conditions de durée du mariage (3 à 5 ans) et de l'affiliation (5 à 10 ans).

En cas de position difficile, le comité peut accorder la pension, quelle qu'ait été cette durée ; mais aussi il peut alors n'accorder qu'une fraction de la pension, ou bien une pension temporaire, selon les besoins constatés et les perspectives d'avenir.

Les pensions sont constituées par les 5/6 des recettes ordinaires, répartis entre les ayants droi[t]. Depuis plusieurs années, leur importance oscille ent[re] 600 et 500 francs, malgré leur chiffre excessif (1[?] cette année-ci). Leur nombre croissant s'expliq[ue] par une mortalité extraordinaire et par le gra[nd] nombre de praticiens âgés qui ont adhéré à l'insti[tu]tion dès le début. Dans une dizaine d'années, [la] corrélation entre les entrants et les participan[ts] arrivés à l'âge de pension sera redevenue no[r]male.

En dehors des bienfaits matériels que procure l[a] Caisse de Pensions, celle-ci ne néglige nullemen[t] le côté moral de la mutualité. Pour y participer, i[l] faut être présenté par deux affiliés, garants de l'h[o]norabilité, ainsi que de la bonne santé du deman[deur]. « Ne peuvent continuer à faire partie de l'A[s]sociation les membres qui compromettent grav[e]ment la dignité professionnelle. » De même l[e] conseil général peut priver de la pension déjà allou[ée] les veuves et les orphelins dont la conduite ser[ait] notoirement immorale.

Un « comité » de sept membres gère et repr[é]sente la Société, sous la surveillance d'un « Conse[il] d'administration ». Nommés seulement pour tro[is] ans, ils sont indéfiniment rééligibles. Les dix-hu[it] membres du conseil sont choisis par l'assemblé[e] générale dans les neuf provinces du royaume : il[s] sont nommés pour six ans et ne peuvent être im[]médiatement réélus. Les deux collèges réuni[s]

sions montait à près de 650,000 francs, et celui de la Caisse de Secours à 6,400 francs. Mais comme les valeurs, composées presque exclusivement d'obligations 4 1/2 p. o. Crédit communal, nominativement inscrites, sont comptées au pair, elles offrent au cours du jour une plus-value de plus de 54,000 francs.

De là mon évaluation de 700,000 francs, chiffre rond.

Dr SCH.

survenir dans les ruptures uréthrales suivant les périodes plus ou moins rapprochées de l'accident et suivant le degré des lésions ; c'est le pronostic en un mot qui doit intéresser immédiatement le praticien.

Avec M. Terrillon (Thèse d'agrégation 1878), il divise la marche des ruptures en trois périodes :

1re Période, complications immédiates. — Uréthrorrhagie très abondante. — Rétention d'urine.

2e Période. — Complications secondaires. — Irruption de l'urine dans le périnée d'autant plus dangereuse que la rupture est plus profonde. — Accidents de phlegmon gangréneux.

Il y a quelques variétés, suivant les cas : dans les cas légers (rupture interstitielle), où il n'y a pas eu d'hématurie le sang épanché peut se résorber, ou bien il se forme un abcès qui s'ouvre dans l'urèthre ou au dehors. Dans les cas moyens (déchirure de la muqueuse peu étendue et peu profonde), quelquefois cicatrisation rapide, d'autres fois inflammation du foyer, suppuration; quelquefois transformation d'un cas moyen en cas grave par extension des lésions et de l'inflammation du périnée.

Dans les formes graves, ou bien le chirurgien est intervenu et alors l'urine coule par le périnée, ou bien il y a eu des accidents de phlegmon gangréneux qui ont aussi donné passage au liquide; alors on voit le bout antérieur du canal se rétrécir et le bout postérieur se déformer, tandis que l'espace qui les sépare se rétracte et prépare le rétrécissement ultérieur.

3e Période. — Complications tardives ou du rétrécissement. Il peut se produire même dans les formes légères, et tout le monde sait combien le rétrécissement traumatique est serré et difficile à combattre.

Le diagnostic des cas légers d'avec les autres est facile, par la douleur localisée, et l'absence d'urétrorrhagie ; mais il faut être très réservé quand il s'agit de distinguer les cas moyens d'avec les cas graves, d'autant plus que l'on doit craindre la transformation de l'un dans l'autre. Les cas légers guérissent rapidement, mais le rétrécissement ultérieur est fatal ; dans les cas moyens, il faut surveiller le périnée et être prêt à agir.

Les cas graves se reconnaissent d'emblée par la douleur, l'urétrorrhagie, la tumeur périnéale et la rétention d'urine.

Quelles sont les indications thérapeutiques ? Etienne les divise encore en deux grandes classes : 1° Donner un libre cours aux urines, c'est-à-dire combattre la rétention et aussi l'infiltration d'urine si elle s'est produite, la prévenir si elle n'existe pas encore.

2° Eviter la rétraction uréthrale et ses conséquences ultérieures, le rétrécissement s'il est possible.

Quand le chirurgien arrive près du malade, la *rétention d'urine* est le symptôme en général le plus pressant, elle s'accompagne d'une anxiété très notable, la vessie distendue remonte vers l'ombilic et en vertu du spasme uréthral l'infiltration n'a pu encore se produire.

Que faut-il faire ? La première idée est d'explorer le canal au moyen d'une sonde. Il ne faut faire ce cathétérisme qu'avec la plus grande prudence au moyen d'une sonde de gomme noire peu résistante, de préférence un peu recourbée du bout afin de suivre la paroi supérieure du canal sans l'abandonner. Si l'on éprouve une résistance, il ne faut jamais insister; c'est ce que nous avons fait dans le cas que

---

forment le « conseil général, » qui statue sans appel sur les contestations pécuniaires, sur les cas d'exclusion et, en général, sur toutes les questions de personnes.

Jusqu'à quarante ans, les participants paient une cotisation annuelle de cinquante francs, portée à cent francs, passé cet âge. Toutes les cotisations antérieures au 1er janvier qui suit la date du diplôme, avec les intérêts composés, doivent être acquittées par ceux qui s'affilient tardivement; tandis que les jeunes praticiens qui s'affilient l'année même de l'obtention de leur diplôme, n'ont aucun arriéré à solder.

Le contrôle des opérations est des plus sérieux : les livres de comptabilité sont à la disposition de chaque membre du comité et du conseil, et pendant les huit jours qui précèdent l'assemblée générale, ils peuvent être inspectés par chaque participant. La caisse est vérifiée trimestriellement par les contrôleurs, et une fois par an, deux délégués du conseil d'administration procèdent à un examen minutieux de tous les registres et pièces de comptabilité : des procès-verbaux détaillés en font foi et engagent la responsabilité de leurs signataires.

Les précautions les plus minutieuses sont prises, non seulement pour le placement des fonds et pour le paiement des pensions échues, mais encore pour l'allocation des pensions facultatives. Chaque demande est suivie d'une enquête, destinée à éclairer sur la position des impétrants le comité directeur, ainsi que le conseil d'administration, qui a le pouvoir d'infirmer les décisions favorables des premiers juges.

Les statuts prévoient une affiliation éventuelle, au moins pour les pensions des orphelins, à la Caisse générale de retraite de l'Etat, à l'instar de ce qui a lieu pour les pensions de l'Association générale des médecins de France.

Une « caisse de secours facultatifs, » alimentée exclusivement par les dons et des abandons de pensions, a été annexée en 1870 à la Caisse de Pensions. Les bienfaiteurs ont toute latitude pour consacrer leurs largesses à des affectations spéciales, par exemple à des bourses d'étude, à payer des cotisations en souffrance, etc.

La moitié des dons reçus sans destination spéciale forme un capital inaliénable; le tiers de l'autre moitié peut être distribué entre les membres du corps médical belge, non affiliés à la Caisse de Pensions, et même à des praticiens étrangers, séjournant temporairement en Belgique.

(A suivre.)

nous avons cité plus haut. Si l'on passe facilement, c'est que la lésion est peu étendue ou interstitielle, on évacue la vessie. M. le professeur Guyon conseille de se défier du cathétérisme, il ne le tolère que dans les cas de déchirure uréthrale consécutive à des lésions du bassin, jamais dans les déchirures par cause directe. A plus forte raison, jamais on ne tentera le cathétérisme s'il y a déjà des signes d'infiltration d'urine au niveau du périnée.

La *ponction de la vessie* est un autre moyen de parer à la rétention d'urine ; elle ne peut d'ailleurs être employée que lorsqu'il n'y a pas encore d'infiltration. Pour Mollière (de Lyon), permettant l'écoulement au dehors, elle faciliterait la résorption de l'épanchement sanguin, le retour de la perméabilité du canal, elle permet dans certains cas douteux où il n'y a pas de tumeur périnéale de gagner du temps, et aussi de rétablir le cours normal de l'urine. Pour M. Guyon elle est moins dangereuse qu'un cathétérisme intempestif. Quand on l'emploiera, on la fera dans la région hypogastrique avec le trocart capillaire. On peut répéter l'opération deux fois dans les 24 heures pendant huit à neuf jours si cela est nécessaire.

La méthode qui jusqu'ici a le mieux rempli les indications posées par Etienne est l'incision périnéale suivie du passage d'une sonde dans le bout postérieur de l'urèthre. C'est la méthode qu'enseigne avec tant d'autorité M. le professeur Guyon. « Pratiquer l'uréthrotomie externe, dit-il, telle est la conduite que j'engage à suivre, sans hésiter et d'emblée en présence d'un cas grave de rétention traumatique ; telle est encore celle qu'il convient d'adopter en face des cas de moyenne gravité, pour peu qu'un mouvement fébrile, qu'un empâtement périnéal vous autorisent à soupçonner une infiltration d'urine commençante. Cette règle de conduite est encore applicable quand on se trouve en face d'une lésion uréthrale périnéo-bulbaire, compliquée de fracture du pubis. »

L'incision périnéale est soumise à certaines règles précises qu'il est bon de rappeler. Elle doit être *parfaitement médiane*. Le sujet est placé dans la position de la taille, le périnée, soigneusement rasé, est nettoyé et désinfecté ; les bourses sont retractées par un aide vers l'abdomen. M. Guyon conseille de ne pas introduire la sonde conductrice dans la région antérieure au point traumatisé de l'urèthre ; dans notre cas nous l'avons fait, mais, en ayant la précaution de ne point presser sur la région où la sonde s'arrêtait ; cette précaution, bien exécutée, rend innocent, je crois, l'usage du conducteur et peut aider un chirurgien débutant, ou mal éclairé quand on opère la nuit. L'incision doit s'étendre sur toute la partie tuméfiée du périnée ; elle se rapprochera le plus possible de l'anus chez les enfants, ainsi que le conseille Lannelongue. L'incision doit être faite couche par couche, l'aponévrose périnéale doit être divisée dans toute la longueur, ainsi que le foyer traumatique, afin de bien déterger tous les caillots qui ont pu s'y accumuler.

L'incision doit *être profonde*, c'est-à-dire qu'elle doit aller jusqu'au niveau du point divisé du canal ; à cette seule condition on assure l'écoulement intégral et facile de l'urine qui suinte fatalement entre la sonde et le canal.

Pour suivre le précepte de M. Guyon dans son entier, une fois l'incision terminée, on doit procéder à la recherche du bout postérieur.

M. Guyon conseille d'introduire pour cela une sonde par le méat et, quand le bec arrive au niveau de la rupture uréthrale, on le soutient avec l'index ; en poussant doucement, la sonde suit la paroi supérieure de l'urèthre, habituellement intacte, et s'engage dans le bout postérieur. Mais la manœuvre n'est malheureusement pas toujours aussi facile, surtout s'il y a déjà du gonflement inflammatoire ou un peu d'infiltration urineuse. La vue, l'exploration avec le doigt, un stylet, une sonde cannelée, la fixation transversale de la paroi supérieure du canal (Dolbeau), des pressions sur la vessie pour faire tomber un peu d'urine, tels sont les artifices que l'on peut employer pour arriver au résultat désiré. Il peut arriver que les deux bouts de l'urèthre soient tout à fait divisés, et alors le bout postérieur s'est rétracté, et a dû remonter plus ou moins du côté de la prostate. La recherche est alors très difficile et là encore on a mis en usage divers procédés inspirés à chacun sans règles bien précises, suivant les circonstances. M. Guyon y est arrivé en prolongeant l'incision médiane en arrière, Gaillard (de Poitiers), Notta (de Lisieux), ont fait l'incision en T de façon à tomber soit sur le bec de la prostate, soit sur la portion membraneuse. Demarquay conseillait une incision courbe au devant de l'anus comme dans la taille bilatérale ; on attirait ensuite en bas la paroi antérieure du rectum et le col vésical et on arrivait sur le bout divisé.

Il se peut enfin que, malgré tous les moyens employés, le chirurgien ne puisse parvenir à pénétrer ; que doit-il faire ? Deux partis peuvent être pris :

1° On peut employer le *cathétérisme rétrograde* fait pour la première fois par Vergoin en 1757, repris ces années dernières par Bœckel, Duplay, Rohmer, Volkmann. Le manuel opératoire est différent, suivant que la vessie est vide ou pleine. Si elle est pleine, on fera la ponction au lieu d'élection avec le gros trocart ; puis se souvenant que le col vésical se trouve à 3 centimètres en arrière de la symphyse au niveau de son tiers supérieur, on introduit par la canule du trocart restée en place une sonde à grande courbure dont on fait glisser le bec sur la ligne médiane, de haut en bas, pour trouver le col vésical. Une fois la résistance vaincue et le bec engagé, on pousse la sonde suivant la courbure connue de la région et on l'engage dans l'urèthre, jusqu'à ce que le bec fasse saillie dans la plaie périnéale.

Si la vessie est vide on doit pratiquer une boutonnière sus-pubienne suffisante pour introduire l'index ; on glisse ensuite une sonde à grande courbure et on pénètre de la même façon. On passe alors une sonde de gomme rouge dans la vessie après l'avoir fixée au préalable à la sonde périnéale, et l'autre bout de la même sonde est ramené dans la partie antérieure de l'urèthre. Bancart, dans une thèse récente, comparant les suites de l'absten-

tion avec les résultats du cathétérisme rétrograde, montre que sur les 8 cas d'abstention il y a eu deux morts, 25 %, trois cas de fistules périnéales, trois cas de rétrécissements suraigus ; au contraire, huit malades traités par le cathétérisme rétrograde et l'uréthrotomie interne combinés ont guéri dans un temps très court.

2° Une seconde méthode, car l'abstention systématique ne peut entrer en ligne de compte, consiste à remettre à une séance ultérieure la recherche du bout postérieur et l'application d'une sonde à demeure. C'est ce que, mal éclairé, je fus obligé de faire dans l'observation relatée plus haut, et cela contre mon gré ; néanmoins ma temporisation ne fut point suivie d'insuccès. Quelques chirurgiens se montrent partisans de cette façon de faire. En effet, dans la thèse déjà citée de Terrillon, on voit que sur 30 cas, huit fois on ne put retirer le bout postérieur, Notta (de Lisieux) sur 10 cas ne put le retrouver trois fois. Notre regretté collègue d'internat, Maurice Notta, dans un article publié en 1885 dans la *Gazette médicale de Paris*, se montre partisan de l'incision périnéale seule ; il rapporte plusieurs cas où l'on put passer la sonde dans le bout postérieur très facilement au 7e, 10e, 11e jour, alors que le gonflement dû au traumatisme et à l'inflammation des premiers jours avait diminué notablement. Pour Maurice Notta, l'incision périnéale simple, immédiate, assure le libre écoulement de l'urine et constitue la méthode. Le second temps de l'opération peut être repris plusieurs jours plus tard. D'ailleurs il arrive quelquefois que quelques gouttes d'urine viennent à passer par le bout antérieur du canal et le méat, c'est un signe indiquant nettement de tenter le cathétérisme direct, même sans rechercher au périnée le bout postérieur. Pour lui aussi, la sonde à demeure immédiate n'est pas nécessaire, elle serait même irritante dans quelques cas et pourrait retarder la cicatrisation du canal qui doit avant tout être rapidement obtenue.

Sans poursuivre plus longtemps la discussion, nous indiquerons une bonne fois comment le chirurgien doit se conduire dans les cas que nous étudions : 1° l'incision périnéale immédiate, profonde, divisant tous les tissus et allant jusqu'à l'urèthre divisé, est la règle générale ; 2° elle doit être suivie de la recherche du bout postérieur et du passage d'une sonde à demeure ; 3° si on ne peut trouver le bout postérieur dans la plaie et si l'on est suffisamment bien outillé et assisté, on fera immédiatement la ponction hypogastrique si la vessie est pleine, la boutonnière sus-pubienne si elle est vide, et on pratiquera le cathétérisme rétrograde ; 4° si l'on peut agir ainsi, ce qui est toujours préférable, on remettra à un peu plus tard la recherche du bout postérieur, mais sans l'abandonner toutefois, car l'abandon de la plaie et du canal déchiré à eux-mêmes amènent toujours et très rapidement des rétrécissements graves.

En définitive, nous sommes absolument partisan de la méthode mise en honneur par le professeur Guyon.

Dans ces derniers temps M. Lucas-Chanpionnière a perfectionné la méthode ; dans un cas il pratiqua l'incision périnéale, nettoya le foyer de contusion, passa la sonde à demeure ; puis, plaçant un drain debout à travers le périnée, il sutura les parties. Le drain put être supprimé au bout de 6 à 7 jours ; au 17e jour, la guérison était complète. Deux ans après, le malade n'a pas encore de rétrécissement, grâce à la simple précaution de se passer tous les huit jours une fois une sonde n° 16 ou 17 dans le canal.

L'année dernière, le Dr Loquin (de Dijon) a voulu appliquer au traitement des déchirures de l'urèthre une opération conseillée par Mollière et par Kauffmann, la suture des bouts divisés après résection des parties contuses. L'opération, tentée par M. Loquin, n'eut point de résultat sérieux ; mais, dans un autre cas, il put faire la résection et la suture un mois après l'accident. et cela avec un succès complet. Aussi M. Lucas Championnière, rapporteur du travail de M. Loquin, conclut de ces faits que la suture secondaire avec résection des bouts divisés peut être une bonne opération surtout si les parois uréthrales ont été totalement divisées.

L'opération ainsi préconisée par Lucas Championnière, Mollière et Loquin mérite d'être prise en considération comme méthode de traitement des rétrécissements traumatiques dès leur première période. On sait combien plus tard les rétrécissements traumatiques sont rebelles à la dilatation et combien ils récidivent facilement après l'uréthrotomie. M. Guyon cependant a publié treize faits heureux d'uréthrotomie. L'an dernier, M. le Dr Jobard (de Vassy), publia à la Société de Chirurgie une observation d'uréthrotomie interne pour rétrécissement infranchissable, pratiquée huit mois après une rupture suivie de fistule périnéale. Le malade succomba quelques heures après, et M. Jobard incrimine la méthode employée. Peut-être n'avait-il pas auparavant examiné l'état des reins de son malade et il est possible que, s'il lui avait fait subir un traitement antiseptique préalable, l'accident ne serait pas arrivé. Aussi nous croyons que, dans les cas de rétrécissement traumatique dur et infranchissable, l'uréthrotomie externe, suivie de la résection et de la suture, expose à moins de dangers que l'uréthrotomie interne. A l'occasion, c'est la méthode que nous croyons appelée à rendre les meilleurs services.

Dr BARETTE.

MÉDECINE PRATIQUE

Choix d'une nourrice.

Il n'y a pas de question plus délicate et, disons-le, plus désagréable, quand on songe à la lourde responsabilité qui pèse sur le médecin ; à ce point de vue, on déplore que, par suite de l'organisation encore imparfaite de l'enseignement pratique dans nos Facultés, malgré les très grandes améliorations qui y ont été apportées dans ces dernières années, la plupart des jeunes médecins n'aient pu acquérir sur cette question que des notions théoriques lorsqu'ils débutent dans la clientèle.

Pour ma part, il me souviendra toujours de l'ap-

préhension que j'avais la première fois que je fus obligé d'exécuter cet acte, dont j'appréciais d'autant plus la gravité et dont je me dissimulais d'autant moins les difficultés, que j'avais très attentivement lu et relu tout ce qui a été écrit sur ce sujet par nos maîtres en pédiatrie et en obstétrique. Parmi les très nombreuses pages que j'avais résumées sur le choix d'une nourrice, je signale comme m'ayant rendu le plus de services, celles qu'on trouve dans les leçons cliniques d'Archambault et surtout celles que mon maître, M. Jules Simon, y a consacrées dans la 12e conférence du tome premier de ses Conférences thérapeutiques et cliniques.

La quantité de points qu'il faut éclaircir, lorsqu'on procède à l'examen d'une femme pour savoir si elle remplit les conditions indispensables pour être nourrice, est telle, qu'on aurait déjà chance d'en omettre un, si on examinait tout à loisir une seule nourrice déshabillée dans les conditions d'un examen clinique ordinaire. Or, combien la difficulté est plus grande et les chances d'omission plus nombreuses, quand on est obligé de se décider dans un bureau de placement, où une douzaine de nourrices, au moins, défilent successivement devant nous, habillées, attifées, la plupart ayant préparé d'avance les réponses qu'elles doivent faire à des questions qu'elles ont prévues.

Il est bien inutile de leur demander si elles digèrent bien, si elles toussent, si elles ont eu quelque maladie de peau ; elles vous répondront invariablement qu'elles jouissent d'une santé excellente et n'ont jamais fait un jour de maladie. Le meilleur parti est donc de ne faire que peu de questions et surtout de les faire très-précises relativement à l'existence de tel ou tel symptôme, dont la valeur ne peut être qu'imparfaitement appréciée par la nourrice ; ainsi telle qui n'avouera pas un rhume, vous dira bien qu'elle a eu une pleurésie.

Mais il faut surtout *voir* et *toucher* autant qu'on le peut, et *avec méthode*, pour ne pas omettre, s'il est possible, l'examen d'un appareil important.

Pour y arriver en perdant le moins de temps possible, le mieux est de faire défiler rapidement tous les sujets qui vous sont présentés en regardant simplement l'extérieur, le teint, les traits, la taille, l'embonpoint, et de garder seulement par un premier triage trois ou quatre nourrices qu'il faut ensuite reprendre successivement avec détails en restant seul avec elles et la directrice du bureau, qui fera déshabiller en partie la nourrice ; il serait désirable à ce point de vue qu'il y eût toujours dans la pièce où se fait l'examen, au lieu d'un guéridon orné de quelque objet d'art d'un goût douteux et de fauteuils plus ou moins moelleux, un lit ou un divan sur lequel on pût faire étendre la nourrice pour ausculter et percuter à loisir, palper l'abdomen et pratiquer au besoin le toucher vaginal, par conséquent de la vaseline et le nécessaire pour se laver les mains

Un coup d'œil sur la couleur des *cheveux* et le *teint* suffit ; blonde ou brune, peu importe ; sauf ce blond roux, dit vénitien, qui est souvent la couleur des cheveux des sujets scrofuleux, prédisposés à la tuberculose, et dont la transpiration axillaire d'une odeur forte peut faire prendre à l'enfant de la répugnance pour le sein.

Les *paupières* valent un instant d'examen pour y rechercher la blépharite chronique, apanage de la scrofule.

Beaucoup plus important est l'examen *du nez*. Il n'importe qu'il soit aquilin, droit ou à la Roxelane, mais il faut se défier des nez écrasés à la racine et dont l'enfoncement, s'il n'est pas, comme on s'empresse de vous le dire quelquefois, le résultat d'un traumatisme, peut mettre sur la voie d'une *syphilis* tertiaire. En ce cas, s'empresser de regarder l'intérieur des fosses nasales, où la vue de croûtes verdâtres ou brunâtres épaisses et adhérentes décèlera quelquefois la syphilis, sans compter l'odeur propre à l'*ozène* qui, bien entendu, nous dispensera de pousser plus loin l'examen.

En même temps vous avez palpé la nuque et la région cervicale pour y rechercher l'état des *ganglions* et vérifié l'absence de *cicatrices écrouelleuses*.

La *bouche* et la *gorge* valent un examen attentif.

J'attache pour ma part plus d'importance à l'état de la *dentition* que ne le font certains médecins, estimant qu'avec une dentition en mauvais état, il est rare d'avoir un bon estomac et des digestions correctes ; d'ailleurs l'existence d'une carie dentaire réserve à la nourrice des fluxions et des névralgies très capables de troubler de temps en temps son appétit et son sommeil, ce qui est préjudiciable à l'enfant.

L'*hypertrophie amygdalienne* très développée n'est pas sans inconvénient, parce qu'elle appelle les angines aiguës à répétition qui causent un malaise si accentué ou un vrai trouble de la santé pendant plusieurs jours.

Inutile d'insister sur la recherche des plaques muqueuses buccales, ou de la gorge, c'est élémentaire.

Passons à l'examen de la *poitrine*.

Bien entendu, les *seins* nous occuperont d'abord. « Ce ne sont point les mamelles volumineuses, adipeuses que vous choisirez, dit M. Jules Simon ; elles ne fournissent point un lait abondant. Les meilleures nourrices ont des seins de moyen volume, en forme de poires, offrant sous la peau un développement considérable de veines et donnant à la palpation une sensation de nodosités. Quelques nourrices cachent à dessein celle de leurs mamelles qui ne prend point part à l'allaitement. Comme une seule glande laitière ne saurait y suffire, vous examinerez les deux. Les mamelons doivent être souples, faciles à saisir, exempts de boutons, d'écorchures, d'indurations de toute nature. Soyez sévères sur ce point, si vous voulez éviter tous les accidents congestifs et inflammatoires de la mamelle. »

Comme *âge du lait*, « le lait, dit encore M. Simon, sera âgé de moins de trois mois et de plus de quatre semaines ».

Archambault et d'autres sont d'avis de *rejeter les primipares*. « La vache qui vient de faire son premier veau n'est pas bonne laitière, les fermiers le savent et ne comptent pas sur son produit. »... « D'ailleurs les primipares sont jeunes et se trouvent brusquement séparées de leurs plus chères affections de leur mari et de leur enfant ; mauvaises conditions morales ; beaucoup de primipares perdent prématurément leur lait. » Cet argument sentimental d'Archambault n'a qu'une valeur relative ; beaucoup de nourrices n'éprouvent pas un attachement immodéré pour leur mari qui parfois les battait ou pour le père de leur enfant.

« Qui n'a pas dit son nom et qu'on n'a pas revu. »

Cet alexandrin nous amène à dire que par le temps qui court, la *nourrice mariée* n'est pas de beaucoup préférable à la *fille-mère*. Elle est plus exigeante comme gages et comme égards, et elle ne compense pas toujours ce désagrément par sa probité et son tact.

Revenons à l'examen physique :

Si l'auscultation du *cœur* révèle une affection

organique mitrale ou aortique bien caractérisée, c'est un cas rédhibitoire naturellement.

Mais c'est l'examen de *l'appareil respiratoire* qui importe surtout. Car nous posons en principe absolu qu'il faut *écarter absolument toute suspecte de tuberculose*, non seulement celle qui présente de gros signes, des craquements après la toux, par exemple, mais même celle qui n'est atteinte que de tuberculose commençante. J'en profiterai pour dire qu'avec le progrès de l'auscultation nous avons le devoir de faire un diagnostic précoce de tuberculose. Je rappelle que, d'après les travaux de M. Grancher, l'existence d'une inspiration rude et d'un timbre grave à un sommet, alors même qu'il n'existe pas encore de submatité, peut suffire à soupçonner la germination de tubercules. Admettons qu'à un premier examen cette nuance d'auscultation soit trop délicate à saisir, si du moins on trouve la matité, l'exagération des vibrations vocales, la bronchophonie, l'inspiration râpeuse et saccadée, l'expiration prolongée, il faut tenir la femme pour tuberculeuse et l'écarter. C'est son intérêt d'une part, car les fatigues de l'allaitement aggraveraient son état. D'autre part, c'est l'intérêt de l'enfant; car, s'il est vrai que les bacilles ne passent en général dans le lait qu'en cas de lésions tuberculeuses des conduits galactophores, lésions relativement rares, ces lésions peuvent rester inaperçues, et d'ailleurs le lait des femmes comme des vaches tuberculeuses « perd une grande partie ou la totalité de son sucre, est moins riche en graisse et en caséine » et devient peu propre à nourrir un enfant délicat (West.)

Le moment est venu de faire étendre la nourrice pour palper *l'estomac*, qui ne doit pas être douloureux à la pression (ce qui doit faire soupçonner de la gastrite), ni donner lieu à un bruit de clapotage dans une limite trop étendue, parce qu'une grande dilatation de l'estomac est rarement compatible avec une santé parfaite; — *le foie* qui ne doit pas être trop gros ni trop sensible à la pression, présomption d'éthylisme, — les régions hypogastrique et ovariennes, où la palpation pourra faire soupçonner quelque affection de l'utérus ou de ses annexes, dont le toucher vaginal donnera au besoin la confirmation, — enfin les regions inguinales au point de vue de la recherche des pléiades ganglionnaires.

Chemin faisant on aura examiné les téguments au point de vue des éruptions syphilitiques ou des cicatrices suspectes. Il n'est pas inutile de se préoccuper de l'existence des stigmates hystériques; j'ai connu une famille à laquelle une nourrice dont une hystérie grave n'avait pas été soupçonnée a causé les ennuis les plus sérieux.

J'ajouterai, pour être complet, que l'analyse des urines devra être faite lors de l'examen de contrôle quand la nourrice aura été installée dans la famille.

Mais, me dira-t-on peut être, tout cet examen est bien long, et d'ailleurs quelle nourrice pourra trouver grâce devant vous si vous êtes si minutieux et si exigeant? — D'abord cet examen peut être en réalité fait en dix minutes, si on a quelque habitude de la clinique. Ensuite il ne faut pas oublier que la responsabilité qui nous incombe est considérable au moins moralement et que nous avons le devoir d'être exigeants, au nom des familles.

J'ai esquissé un schéma et je ne prétends pas avoir tout dit ni tout prévu; mais j'ai retracé les grandes lignes d'investigation qu'on doit avoir présentes à l'esprit quand on procède au choix d'une nourrice.

P. Le Gendre.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

L'assistance publique dans les campagnes.

Le gouvernement et les Chambres paraissent, en ce moment, vouloir s'occuper de cette grosse question de l'*assistance en province*. Mais pour qu'une solution intervienne, il faudra longueur de temps et patience; car en Europe les peuples s'arment pour l'extermination et ils n'ont plus d'argent pour diminuer le nombre des misérables. Lorsque les budgets de la guerre se chiffrent par centaines de millions, on serait mal venu à réclamer, à chaque commune épuisée, le franc par habitant qui serait nécessaire!

Avec ce franc, et la subvention de l'Etat, on ne verrait plus l'infirme, l'homme usé par le travail, réclamer en vain à la Société les remèdes à ses maux, un asile quand tout labeur lui est interdit.

L'étude de la question s'impose à une association comme la nôtre, composée en très grande majorité de médecins de campagne. Ils font, par charité, par habitude, la plus grande partie des frais d'une assistance incomplète, insuffisante dans les 16,000 communes qui n'ont ni *Bureaux de bienfaisance*, ni *Bureaux de charité*, (14,700 ont un bureau de bienfaisance, 5,000 environ ont un bureau de charité).

43 départements ont organisé plus ou moins l'assistance médicale. Dans les 43 autres, la charité privée, celle du médecin surtout, remplacent toute intervention des communes ou de l'Etat.

Par conséquent, l'organisation qu'on médite a le plus grand intérêt pour les médecins et il importe d'exposer ce qu'on se propose, afin, s'il est possible, d'avoir voix au chapitre.

Serons-nous consultés, nous qui ferons les frais, nous à qui on demandera des réductions considérables sur nos honoraires? Nous pouvons répondre en toute assurance: « Non, si nous n'avons pas étudié la question et proposé notre solution. — Oui, nous serons consultés et même écoutés si nous proposons la plus simple, la meilleure organisation. » On peut affirmer, à priori, qu'il se trouve, parmi les trois mille membres du Concours, exerçant en province, au moins un médecin qui a longuement médité sur l'assistance et sur les moyens pratiques de la rendre réelle, en même temps qu'économique et acceptable pour nous.

C'est à ce médecin que nous faisons appel. Il devra se souvenir que ce qui convient à une région doit être modifié pour une région souvent peu éloignée de celle qu'il habite. S'il a l'esprit assez clairvoyant pour que son système puisse se plier à toutes les exigences locales, nous lui fournirons les moyens de le mettre en lumière et peut-être de le faire triompher auprès de nos gouvernants.

Nous adressant à lui spécialement, nous dirons quelles sont les idées qui ont cours et qui se professent dans les régions officielles.

1° On veut créer dans chaque commune un *bureau de l'assistance publique*. Actuellement un bureau de bienfaisance ne peut être créé que s'il justifie d'un revenu minimum de 50 francs et dès qu'il existe, il a l'avantage d'être admis à recevoir des dons et des legs.

Cependant, quand il n'y a pas de bureau, le maire peut recevoir les dons et legs en faveur des malheureux.

2° Pour faciliter cette création, dans les communes petites, pauvres, on leur donnera la faculté de s'associer pour établir, en commun, un bureau d'assistance.

3° On érigera en principe que l'assistance est, avant tout, une charge communale, en vue d'éviter le péril d'attirer vers les secours publics des personnes qui pourraient se suffire; qu'elle n'est pas une charge de l'Etat et entre ses mains. La commune seule, qui connaît et peut surveiller les véritables indigents, doit être pécuniairement intéressée à en restreindre le nombre. — La commission administrative de l'œuvre, qui devrait comprendre les médecins, sera chargée de dresser et de rectifier, par périodes, les listes d'indigents. Le conseil municipal les arrêtera ensuite définitivement, afin d'écarter les faux indigents. — Les demandes en inscription ou en radiation devront avoir un tribunal d'appel.

4° Les indigents choisiront leur médecin au moment de leur inscription.

5° Tout médecin diplômé sera admis au service, à moins d'indignité notoire ou d'hostilité militante contre le gouvernement qui doit le nommer et le maintenir en fonctions.

6° On laissera à chaque département, la plus grande liberté pour le choix de son organisation d'assistance. On lui imposera seulement de créer un moyen quelconque de secourir les indigents; on lui signalera, de préférence, les *secours médicaux et pharmaceutiques* à domicile, en vue de restreindre l'établissement cantonal des hôpitaux, réservés pour les cas exceptionnels.

7° La commune devra supporter une portion assez *large des dépenses, afin d'être intéressée à limiter* ses listes d'indigents, dans leur *domicile de secours*. Les indigents errants, qui n'ont aucun lien avec les communes, auront un domicile de secours *départemental* ou *national*.

Nous sommes autorisés à dire à nos lecteurs que telles sont les idées qu'on veut appliquer. Il appartient à un médecin de les traduire en un système applicable à toute la France dans sa réglementation générale et assez élastique pour se plier aux convenances locales.

Nous ajoutons qu'on verrait avec satisfaction les services proprement dits des *indigents* se joindre à ceux de la *vaccination, de l'inspection des Écoles, de la protection de l'enfance, des Bureaux d'hygiène, des laboratoires municipaux, des épidémies*, des *logements insalubres*, etc.

De cette façon, les diverses rétributions allouées pour ces services, venant se joindre au traitement du *Bureau d'assistance*, constitueraient, pour chaque médecin, une somme annuelle assez élevée.

Les déplacements ayant des objets multiples seraient moins onéreux, puisqu'ils auraient leur application aux divers services médicaux.

Dans les collections du Concours, de nombreux systèmes d'assistance ont été exposés; on pourra les utiliser pour les fondre en une organisation générale qui s'inspirera des données que nous avons publiées dans un article intitulé : « Service d'hygiène et de médecine dans les départements. »

Il semblerait qu'on veut appliquer les idées qu'à cette époque (30 juillet 1887, n° 31) nous savions prédominer dans les sphères administratives. Nous faisons des vœux pour qu'on réussisse et nous y aiderons de tout notre pouvoir. A. C.

BULLETIN DES SYNDICATS

ET DE

L'UNION DES SYNDICATS

DIRECTEUR : Dr BARAT-DULAURIER

Syndicat médical des Vosges.

Nous extrayons du compte rendu des travaux du syndicat des médecins des Vosges les passages suivants qui empruntent un grand intérêt aux résolutions prises par l'Union des syndicats dans la dernière Assemblée générale. Il serait à souhaiter que les mêmes questions fussent étudiées avec soin par tous les syndicats. *N. de la R.*

SERVICE SANITAIRE.

Réunion de la Commission médicale du 21 Novembre 1887.

Présents : M. le Préfet, MM. les Drs Chavanc, Zellier et Lardier; M. Richard, chef de division, assiste à la séance ; M. le Dr Lardier remplit les fonctions de Secrétaire.

M. le Préfet fait connaître que MM. Claudot et Ancel se sont excusés par lettre de ne pouvoir prendre part à la réunion.

M. le Préfet remercie les membres présents de l'empressement qu'ils ont mis à se rendre à la convocation qu'il leur a adressée, indique l'intérêt qu'il porte au service et son vif désir de le voir adopter par le plus grand nombre des communes, afin qu'il ait ainsi un véritable caractère départemental.

M. le Dr Zeller, en sa qualité de doyen, remercie M. le Préfet de ses sentiments et lui affirme qu'il peut compter sur le dévouement du corps médical et en particulier sur celui de la Commission.

M. le Préfet expose que la réunion a pour but d'examiner diverses questions posées par le Dr Lardier, tant en son nom personnel qu'au nom de plusieurs de ses confrères.

1° RÉPRESSION DE L'EXERCICE ILLÉGAL DE LA MÉDECINE PAR LES SAGES-FEMMES.

Après la réception de la lettre que M. le Dr Lardier lui a écrite, M. le préfet s'est empressé d'adresser aux maires une circulaire leur rappelant le cercle d action dans lequel doivent se tenir les sages-femmes, toujours trop disposées à empiéter sur le domaine exclusivement réservé aux médecins. Copie de cette circulaire a en outre été transmise à M. le Docteur Lardier (a été insérée dans le n° 6 du *Bulletin Médical des Vosges*, octobre 1887). M. le Préfet déclare que depuis la publication de cette circulaire il n'a reçu aucune plainte.

2° VOTE D'UN TARIF UNIQUE POUR LES MÉDECINS DU SERVICE SANITAIRE.

M. le Dr Lardier, d'accord avec un grand nombre de ses confrères, a soumis à l'administration un tarif des honoraires à allouer aux médecins du service sanitaire pour diverses opérations.

M. le Préfet déclare qu'après avoir fait comparer le tarif aux mémoires présentés par les médecins pour les exercices écoulés, il a reconnu qu'il était avantageux aux finances du service. A la suite d'un échange d'observations entre les divers membres de

la Commission, ce tarif est adopté et M. le Préfet déclare qu'il sera soumis au Conseil central d'hygiène lors de sa première réunion.

M. le Dr Chavane croit devoir faire remarquer que, dans l'intérêt même du service sanitaire et pour en assurer le maintien, il est de toute nécessité que les médecins se pénètrent bien de la pensée qui a présidé à l'organisation de l'œuvre, dont le but unique a été d'assurer aux indigents le secours des médecins, tout en n'occasionnant aux communes qu'un chiffre de dépenses minime, qui ne soit pas une charge trop onéreuse pour les finances municipales.

M. le Préfet fait connaître que, dans le cours de l'année 1887, plusieurs municipalités l'ont informé qu'elles entendaient retirer leur adhésion au service à partir de 1888. Les motifs invoqués par les communes sont, pour les unes, le défaut de ressources disponibles, pour les autres, le chiffre relativement élevé de la dépense résultant de la fourniture des produits pharmaceutiques.

L'examen qui a été fait des mémoires produits par les pharmaciens, à la fin de l'année 1886, a permis de reconnaître que dans certains cas il y avait eu abus de la consommation du vin de quinquina, médicament relativement coûteux. MM. les Membres de la Commission reconnaissent que, dans les services où les membres participants ont droit gratuitement à la délivrance des médicaments, il est réellement fait abus de cette substance. L'examen, en fin d'année, des mémoires des pharmaciens en 1887, fixera nettement M. le Préfet sur ce point, et s'il y a lieu une circulaire spéciale sera adressée aux médecins du service.

M. le Préfet fait ensuite connaître que par une lettre circulaire en date du 25 octobre et dont lecture est donnée à la Commission *(voir plus loin)*, il a de nouveau insisté auprès des communes non adhérentes pour les rallier au service. Cette circulaire, dont la forme et le fonds reçoivent l'approbation de la Commission, provoque un échange d'observations, notamment de la part de M. Lardier, sur l'attitude à prendre par les médecins vis-à-vis des communes qui n'ont pas encore adhéré. M. le Préfet déclare qu'il compte beaucoup sur une intervention réelle des médecins, qui peuvent, s'ils le veulent bien, agir efficacement auprès des municipalités hésitantes en leur exposant les avantages et les bienfaits du service.

3° COMMUNICATION DE L'ÉTAT DU BUDGET DU SERVICE SANITAIRE.

M. le Dr Lardier ayant exprimé le désir que non seulement les membres de la Commission médicale, mais tous les médecins qui ont adhéré aux statuts, fussent en mesure de savoir si l'excédent des recettes sur les dépenses permet la réalisation de certaines améliorations, M. le Préfet déclare qu'il est tout disposé à satisfaire à ce désir. Séance tenante, il donne le résultat des deux derniers exercices, résultat qui se traduit par un excédent de recettes de 810 francs 82 centimes.

4° AMÉLIORATION CONCERNANT LE SERVICE DES ÉPIDÉMIES.

M. le Préfet fait connaître que la rémunération à accorder aux médecins du service sanitaire appelés à donner leurs soins en cas d'épidémie a été fixé de la manière suivante en 1886, sur l'avis de la Commission médicale et du Conseil central d'hygiène : 1 franc par kilomètre à l'aller et 5 francs pour honoraires et rédaction du rapport.

La Commission déclare n'avoir aucune observation à présenter.

5° RÉMUNÉRATION DES OPÉRATIONS DE CABINET.

M. le Dr Lardier déclare qu'en présence de la situation actuelle du service et du faible reliquat qui existe, il croit devoir demander l'ajournement de la question à l'année prochaine. MM. les Drs Zeller et Chavane, ainsi que M. le Préfet, partagent cet avis.

6° COMMUNES VOTANT DES SUBVENTIONS POUR LES SOINS A DONNER AUX MALADES PAR DES PERSONNES ÉTRANGÈRES A L'ART DE GUÉRIR.

M. le Préfet fait observer qu'à l'égard des communes qui inscrivent à leur budget un crédit affecté à l'assistance médicale, alors que la situation financière le leur permet, il ne peut, légalement, supprimer ce crédit. Il ajoute que dès l'instant où il serait informé d'un cas d'exercice illégal de la médecine, il n'hésiterait pas à le déférer au parquet.

Aucune question n'étant plus à l'ordre du jour, M. le Préfet déclare la séance levée. Avant de se séparer, les membres de la Commission, par l'organe de M. Lardier, expriment à M. le Préfet tous leurs remerciements pour sa sollicitude à l'égard des intérêts du service sanitaire.

Le Secrétaire, Dr LARDIER.

M. Gentil nous a donné, à diverses reprises la preuve de l'intérêt qu'il porte au bon fonctionnement et à l'extension du service sanitaire dans les Vosges. L'un de ses désirs serait de voir cette œuvre se généraliser à tout le département. Il vient dans cette intention d'adresser aux maires une nouvelle circulaire pressante, concluante, et malgré ce nouvel effort les municipalités sont pour la plupart restées sourdes à la voie administrative.

Nous aurons certainement beaucoup plus de chances de nous faire écouter si nous le voulons, et si nous savons parler ferme à ces municipalités récalcitrantes qui escomptent notre bonne volonté avec une impudence sans nom. Nous voulons faire appliquer en principe que *toute commune dont le budget est suffisant et qui refuse de participer au service sanitaire, doit légitimement subir les charges que lui imposent ses indigents et ne peut avoir droit, pour ces derniers, à des soins gratuits*. La Commission médicale pourrait se substituer aux médecins de circonscriptions et prévenir les maires de ces communes mal intentionnées que les médecins de la circonscription sont invités en dehors des cas d'urgence, à ne plus donner dorénavant à titre gratuit, aux indigents de ces communes, les soins ordinaires. Cette question sera portée à l'ordre du jour de notre réunion de mai 1888. Nous appelons sur elle toute l'attention de nos confrères.

CIRCULAIRE DE M. LE PRÉFET.

« Epinal, le 25 octobre 1887.

« MONSIEUR LE MAIRE,

« Depuis trois ans, le service sanitaire organisé « dans le département des Vosges par un arrêté « préfectoral du 29 mai 1884, inséré à la page 261 « du *Recueil des Actes administratifs* de la même « année, fonctionne régulièrement et avec plein « succès.

« Bien que, chaque année, le nombre des adhé- « sions augmente, un certain nombre de communes « un trop grand nombre, puis-je dire, restent en- « core en dehors de ce service. La crainte de trop

« engager les finances communales est la principale cause des abstentions.

« Cette appréhension n'est pas justifiée. Aux termes de l'arrêté précité du 29 mai, toute commune qui vote annuellement un crédit calculé à raison de sept centimes et demi par habitant et qui s'engage à payer les frais pharmaceutiques de ses indigents, a le droit de faire gratuitement soigner ceux-ci par les médecins de la circonscription. La base de la subvention communale étant fixe, cette subvention peut donc se chiffrer d'avance et bien peu de communes se trouvent dans une situation assez obérée pour ne pouvoir, sans troubler l'équilibre de leur budget, consentir ce léger sacrifice.

« Quant aux frais pharmaceutiques, ils sont aussi réduits que possible ; les médecins se font d'ailleurs un devoir de ne prescrire que les remèdes les plus simples et les moins coûteux figurant sur le tarif à prix réduit, spécialement applicable aux indigents des communes qui ont adhéré au service

« Le fonctionnement de ce service est des plus simples. Chaque année, la liste des familles indigentes est revisée par une commission locale ; toutes les personnes qui sont inscrites sur cette liste ont droit à la consultation gratuite du médecin dans son cabinet et, si elles ne peuvent se déplacer, le Maire peut alors faire appeler le médecin. Les honoraires de ce praticien sont payés à l'aide des subventions accordées par l'Etat, le département et les communes.

« Les considérations morales qui militent en faveur du service sanitaire ne vous échapperont pas non plus, Monsieur le Maire, j'en suis certain. Il est incontestable, en effet, qu'un grand nombre d'affections restées sans soins dégénèrent souvent en infirmités chroniques et incurables, mettant les sujets dans l'impossibilité de pouvoir se rendre utiles à la société.

« Avec le service sanitaire, pareil état de choses n'est pas à redouter pour les indigents appartenant à des communes ayant adhéré au service. Si un chef de famille tombe malade ou s'il est victime d'un accident, il peut, grâce aux soins immédiats du médecin, voir sa santé promptement rétablie et reprendre son travail, seule ressource du foyer ; de là, une diminution de charges pour le bureau de bienfaisance et, à défaut de bienfaisance, pour la commune. Si, au contraire un enfant devient souffrant, il est visité à domicile, dans le cas où il peut être transporté à la résidence du médecin, et ceux qui l'entourent sont alors exactement renseignés sur les soins à lui donner et sur l'administration des remèdes. A ces avantages, il faut joindre celui qui résulte des conseils du docteur qui oblige à la stricte observation des principes élémentaires de l'hygiène.

« J'ai en conséquence l'honneur, Monsieur le Maire, de vous prier de vouloir bien, dès l'ouverture de la session ordinaire du mois de novembre prochain, donner connaissance de la présente circulaire au conseil municipal et engager cette assemblée à adhérer, pour l'année 1888, au service dont il s'agit. Je verrais avec plaisir votre commune entrer dans cette voie et assurer, par sa souscription, la vitalité et les bienfaits d'une œuvre essentiellement bienfaisante et humanitaire.

« Je vous serai obligé de me transmettre, aussitôt après la session du conseil municipal deux exemplaires de la délibération qui sera intervenue.

« Recevez, Monsieur le Maire, l'assurance de ma considération très distinguée.

« *Le Préfet des Vosges*,
Signé : E. GENTIL. »

TARIF ADOPTÉ POUR LES OPÉRATIONS DES MÉDECINS FAISANT PARTIE DU SERVICE SANITAIRE

Consultations	gratuites
Visites simples	1 fr.
Visites de nuit	2
Voyages (par kilomètre) à l'aller seulement	1
Consultation avec un confrère	2 fr.
Réduction de hernie par taxis	3
Ponction d'hydrocèle	3
Phimosis et paraphimosis (opération)	5
Fracture du maxillaire inférieur	5
id. de la clavicule	5
id. de côtes	5
id. du bras ou de l'avant-bras	5
id. de la jambe	5
id. du péroné	5
id. du fémur	10
Luxation du coude	5
id. de l'épaule	5
id. du cou-de-pied	5
id. du genou	5
id. du fémur	10
(*) *Extraction de dent*	1
(*) *Saignée*	2
(*) *Ouverture d'abcès*	1
(*) *Application de spéculum*	2
(*) *Cathétérisme*	2
(*) *Injection hypodermique*	1
(*) *Pansement simple pour plaie*	1
Chloroformisation	5
Application d'un appareil silicaté	3
id. de pointes de feu	2

ACCOUCHEMENTS :

Application de forceps	10
Version	10
Décollement du placenta	10
Tamponnement pour hémorragie incoercible	4

GRANDES OPÉRATIONS :

Kélotomie	30
Amputation d'un sein ou d'un membre	30

AVIS. — Les notes d'honoraires réclamés pour des opérations non comprises dans ce tarif sont soumises à l'appréciation de la Commission médicale.

(*) *NOTA.* — (Ces diverses opérations inscrites en caractères italiques — *comme opérations de cabinet* — ne donneront, provisoirement du moins, droit à aucune rémunération, et ne sauraient figurer sur les notes d'honoraires à établir pour 1888.)

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX frères, place St-André, 3

Dixième année **N° 10** 10 Mars 1888

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE :

LA SEMAINE MÉDICALE

Prophylaxie publique de la syphilis et réglementation de la prostitution.

La discussion des conclusions du rapport de M. Fournier continue et a pris même un développement très large avec les deux discours de M. Le Fort.

On se rappelle que, dans la séance du 7 février, l'Académie avait voté le renvoi des articles 4, 5, 6, 7, devant la commission.

M. Fournier est revenu le 21 février et a donné lecture des articles modifiés ; la commission, comme le dit son rapporteur, a compris que l'Académie entendait rester sur le terrain de la médecine et de l'hygiène et formuler seulement des principes généraux de réforme en ce qui concerne la réglementation de la prostitution, sans entrer dans les détails techniques d'exécution. La rédaction nouvelle des articles est ainsi conçue :

« Art. IV. L'Académie dit qu'au nom de la santé publique les divers ordres de provocation doivent être assimilés à un délit et réprimés comme tel.

Art. V. La sauvegarde de la santé publique exige que les filles se livrant à la prostitution soient soumises à l'inscription et à la surveillance médicale.

Art. VI. L'inscription des filles se livrant à la prostitution ne pourra être prononcée que par l'autorité judiciaire.

Art. VII. Toute fille qui sera reconnue, après examen médical, affectée d'une maladie vénérienne, sera internée dans un asile sanitaire spécial. — Cet asile sera exclusivement ce qu'il doit être, à savoir, *un hôpital*, mais un hôpital dont les malades ne pourront sortir qu'après guérison des accidents transmissibles.

Art. VIII. Les filles inscrites libres ou en maison seront uniformément soumises à une visite hebdomadaire, visite complète et de date fixe.

Art. IX. En ce qui concerne la province, les mesures de surveillance et de prophylaxie qui fonctionneront dans la capitale seront rendues rigoureusement exécutoires dans les départements et dans toute l'étendue des départements. — Les filles reconnues affectées de maladies vénériennes seront hospitalisées dans un service spécial. »

M. *Laborde* a pris la parole pour reprocher à la commission d'avoir maintenu dans sa rédaction le mot *délit* appliqué à la prostitution et l'emploi du mot provocation sans l'avoir défini. Avec M. Thiry, à l'Académie de Belgique, avec M. Mireur, M. Laborde déclare que la prostitution n'est ni un crime ni un délit ; c'est seulement un danger pour la santé publique. Voilà le seul point qui soit du ressort de la compétence médicale. M. Laborde propose l'adoption d'un vœu dont la rédaction pourrait être la suivante : « Sans vouloir sortir de ses attributions compétentes, l'Académie croit devoir signaler à qui de droit l'insuffisance des mesures actuelles de réglementation de la prostitution, surtout en ce qui touche à la prostitution clandestine et à la provocation sur la voie publique, source principale des maladies vénériennes. Elle estime, en effet, que cette réglementation, qu'il appartient aux pouvoirs publics d'organiser en la conciliant avec tout le respect dû à la liberté individuelle, est nécessaire pour une application effective et efficace des mesures sanitaires qu'il y a lieu d'instituer et qui sont les suivantes (celles de la commission). »

M. *Fournier* répond que M. Laborde confond la provocation et la prostitution. On ne peut rien directement contre la prostitution, mais on peut l'atteindre en frappant la provocation. Quant à définir la provocation, c'est aussi difficile que de définir la raison, la folie ou la fièvre, sur l'existence desquelles tout le monde s'entend cependant. Lorsqu'on parle de réprimer la provocation, on vise la provocation chronique, récidivante, professionnelle.

M. *Brouardel* s'est appliqué ensuite à démontrer que la commission fait fausse route en demandant que l'on remette au pouvoir judiciaire la répression des actes de provocation.

Il existe déjà dans le code pénal un article 334 qui punit l'excitation des mineurs à la débauche. Or cet article n'a pas jusqu'ici porté remède au raccrochage éhonté qui s'exerce au voisinage des collèges. Pourquoi ? Parce que les formalités judiciaires sont trop compliquées, que les témoins en pareille matière se dérobent à la corvée désagréable d'aller déposer publiquement, ce que feront probablement les membres de la commission eux-mêmes si leur loi passait. Si l'on prend l'article 334 à la lettre, il y a bien chaque jour dans Paris 10,000 provocateurs à la débauche. Combien en juge-t-on par an ? 15 à 20 peut-être.

Dans une visite faite à M. le préfet de police par MM. Fournier et Brouardel, ces messieurs ont appris que ce jour-là il y avait eu 30 personnes arrêtées pour provocation. Mais c'était le mardi-gras ! Si d'ailleurs en temps ordinaire on jugeait seulement 20 cas par jour, il faudrait une chambre spéciale. M. Brouardel conclut que l'Académie doit se borner à déclarer qu'elle demande « que la prostitution soit sévèrement surveillée et réprimée ».

M. *Fournier* montre combien M. Brouardel diffère d'avis avec la commission ; il veut confier à un policier le soin arbitraire de l'inscription des femmes ; la commission veut que ce droit ne soit accordé qu'à un tribunal. En province l'inscription n'est faite que par l'inspecteur des mœurs, dont la moralité est bien souvent suspecte. D'ailleurs deux préfets de police eux-mêmes ont demandé qu'à la jurisprudence actuelle fût substituée la disposition légale demandée par la commission.

M. *Lefort* a pris alors la parole pour un remarquable discours qui a commencé dans l'avant-dernière séance et a occupé toute la dernière. Il s'est d'abord attaché à démontrer que l'Académie ne sort nullement de sa compétence en réclamant une loi sur la prostitution, en demandant que la provocation soit assimilée à un délit et qu'elle rentre par suite dans les attributions du pouvoir judiciaire. Il a montré, par des chiffres saisissants l'impuissance de l'administration à réprimer la prostitution. En 1856, on comptait à Paris 4,400 filles inscrites. En 1876 on en comptait seulement 4,386. Qui croira que le nombre des prostituées n'ait pas augmenté depuis 20 ans?

En ce moment, dit M. Dujardin-Beaumetz, il n'y a à Paris, pour deux millions d'habitants, que 2,000 filles inscrites, dont 500 seulement en maison.

M. Lefort montre que la répartition des filles a changé. Le nombre des maisons de tolérance a diminué considérablement, à cause de la diminution des bénéfices, au profit des brasseries de femmes qui pullulent. Plus de 40,000 filles vivent de la prostitution clandestine à Paris.

Le but de la loi que l'Académie doit réclamer serait de confier à *la police la répression de la provocation* (sur la voie publique, dans les lieux publics, dans les logements privés, dans les cabarets) et de lui donner un pouvoir discrétionnaire sur les filles inscrites et la surveillance sanitaire sur elles. Au *pouvoir judiciaire* appartiendrait le *pouvoir d'inscription*.

M. Lefort fait remarquer que l'article 334 du code pénal visant l'excitation des mineurs à la débauche, avec lequel M. Brouardel pense que la loi nouvelle ferait double emploi, non seulement n'est pas applicable aux majeurs, mais ne vise même que le proxénétisme, l'intermédiaire entre le mineur qui fait un acte de débauche et celui qui l'accomplit avec lui. L'excitation n'est punie qu'autant qu'elle émane d'un intermédiaire, encore faut-il qu'il y ait un caractère d'*habitude* dans l'excitation.

L'article 330 visant l'outrage public à la pudeur n'est pas davantage applicable aux faits ordinaires de provocation. Les gestes les plus significatifs ont beau constituer une allusion évidente à un acte impudique, la loi ne peut punir que la matérialité de l'acte. Il est donc nécessaire que l'administration soit armée par une loi spéciale.

Pour obtenir l'assentiment de l'unanimité de l'Académie, M. Lefort propose d'écarter la question qui divise ses membres, celle de savoir si la provocation est un délit ; la rédaction pourrait donc être celle-ci : « L'Académie, dans l'intérêt de la santé publique, émet le vœu qu'une loi spéciale sur la prostitution règle et fortifie les pouvoirs de l'administration et lui permette d'atteindre et de réprimer la provocation partout où elle se produit. »

M. Lefort accepte que la répression de la prostitution reste confiée à la police, sauf en ce qui con-

---

FEUILLETON

Étude sur les caisses médicales de secours et de prévoyance,

Par le Dr Schoenfeld, de Bruxelles (*Suite*).

IV. — DANEMARK. Ce petit pays, si hautement civilisé, possède un grand nombre de Sociétés de prévoyance, à l'usage des classes bourgeoises aussi bien que des artisans et petits employés. Toutes sont reconnues et aptes à recevoir.

Je trouve dans l'énumération de l'Almanach Royal sept Caisses médicales :

1° Une caisse de pensions pour les familles délaissées par des médecins. Datant de 1835, elle possède plus de 180,000 kroner (à fr. 1-39) et fournissait en 1883 69 pensions de 92 kroner. Elle a reçu plusieurs legs de 20,000 kroner.

2° Une caisse de secours pour les mêmes, ayant donné en 1883 à 41 veuves plus de 5,000 francs.

3° « De Danske Laegers Hjaelpe-forening, » greffée en 1885 sur une ancienne caisse provinciale, compte 441 membres payant 10 kroner par an. Elle a pu distribuer en 1883 environ 4,000 kroner, par secours de 300 à 600 kroner.

4° « De Danske Laegers Sygekasse » vient en aide aux médecins malades. Fondée en 1873, elle compte 146 membres à 15 kroner.

5° La « Caisse de Secours pour Pharmaciens, » créée en 1830, comptait en 1882 597 membres. Elle possède 120,000 kroner et fournit des pensions de 200 kroner et au-delà. Elle possède, en outre, un fonds d'études de 20,000 kroner.

6° Une caisse pour vétérinaires « (Dyrlaegers), » de date récente, possède 6,000 kroner, plus un fonds d'études de 15,000 kroner.

7° La Caisse pour sages-femmes « (Jordemoeder, » « mère de la terre »), également d'origine récente, compte 116 adhérentes et possède 5,000 kroner.

V. — ESPAGNE. En 1836 fut instituée une « Société Médicale générale de Secours mutuels, » qui dut se dissoudre après 20 années d'existence difficile.

Le « Monte-pio facultativo » y fut substitué en 1858. S'adressant à toutes les carrières libérales (ju-

cerne l'inscription. Pour que cette décision puisse être prise, il faut qu'elle n'ait pas pour résultat à peu près fatal la prostitution à perpétuité, qu'elle puisse être volontaire, qu'elle puisse être imposée, qu'elle soit entourée des garanties qui protègent les droits du citoyen ; il ne faut pas que des débats publics rendent le retour au bien impossible à la fille condamnée à l'inscription. M. Lefort pense répondre à ces indications par la rédaction suivante : « L'Académie, estimant que la sauvegarde de la santé publique exige que les filles se livrant à la prostitution soient soumises à l'inscription et à la surveillance médicale, émet en outre le vœu : 1° que la surveillance dont il s'agit soit temporaire et renouvelable ; 2° que, si elle n'est pas consentie par la fille qui en est l'objet, elle ne puisse lui être imposée que par l'intervention de l'autorité judiciaire. »

Répondant à la difficulté que M. Brouardel disait être insurmontable d'obtenir des témoignages autres que ceux des agents pour faire constater le délit de provocation, M. Lefort donne lecture d'un procès verbal qu'il a fait dresser à ses frais en 1883 par un huissier pour constater les agissements d'une fille qui, logée dans la maison d'en face, provoquait les personnes sortant de sa maison à lui. « Non seulement je ne demandais qu'à être témoin, ajoute spirituellement l'orateur, mais j'ai même payé pour cela 50 fr. 90. »

D'ailleurs, le système de l'intervention judiciaire dans la répression de la prostitution avait donné de très bons résultats en Angleterre jusqu'en 1886 où la loi fut rapportée sous la pression d'une ligue de dames et de pasteurs, unis par une fausse sensiblerie et une pudibonderie nationale. Le tribunal qui jugerait les questions relatives à l'inscription pourrait être le tribunal de simple police, composé d'un juge de paix et du ministère public représenté par un commissaire de police. Le jugement pourrait être rendu à huis-clos ou dans le cabinet du juge. M. Lefort a terminé son discours, au milieu des applaudissements, par la brillante péroraison qui suit :

« En résumé, Messieurs, il y a deux systèmes en présence. L'un, le système actuel, dans lequel l'administration, juge et partie, possède un pouvoir discrétionnaire et sans contrôle. — L'autre, celui que nous défendons, qui confie à la police tout ce qui est dans son rôle : la prévention, la recherche, la constatation des délits de provocation ; qui lui donne le droit et le devoir de surveiller, de punir les filles inscrites, de les faire visiter médicalement, de les faire séquestrer et de les faire soigner si elles sont malades. Mais leur inscription forcée, leur condamnation, la surveillance de la police, est prononcée par l'autorité judiciaire.

Le premier système a prouvé son impuissance. Elle s'accroîtra encore de tout le poids de la réprobation publique. Demandons l'intervention du pouvoir judiciaire, demandons une loi ; car c'est dans la loi seule que nous trouvons le salut. Quelque légitime que puisse être le but qu'il cherche à atteindre, un pouvoir discrétionnaire, agissant dans l'ombre et sans contrôle, sera toujours suspect. Je respecte la loi ; je hais l'arbitraire. Pour protéger une femme qui peut être injustement accusée, pour protéger la santé publique, je demande une loi, je demande des juges. »

De l'ozène trachéal (1).

M. le Dr *Luc* a fait connaître une complication encore ignorée de l'ozène vrai. Il existe, dit-il, une variété de trachéite observée, jusqu'ici, toujours en même temps que l'ozène nasal, mais pouvant, une fois établie, évoluer indépendamment de lui ; elle est caractérisée par la fétidité de ses sécrétions dans lesquelles le microscope révèle la présence de micro-organismes semblables à ceux qui ont été observés dans les croûtes nasales des ozéneux et pour laquelle convient la dénomination d'ozène trachéal.

Les croûtes observées sur les parois de la trachée ne sont pas des produits migrateurs descendus du nez ; elles sont *autochtones, nées sur place* ; car on les voit, plusieurs semaines durant, s'éliminer par l'expectoration et se reformer tour à tour, alors que les cavités naso pharyngiennes sont maintenues pendant ce temps, d'une façon ininterrompue, dans un état de propreté parfaite, à l'aide d'irrigations journalières.

(1) Archives de laryngologie et de rhinologie, février 1888.

---

risconsultes, architectes, ingénieurs), elle comprend cependant une forte majorité de membres du Corps Médical de Madrid et des provinces. Les professeurs des diverses facultés font partie de l'Institution, qui a été reconnue dès son origine. Je lis dans le discours du président (un médecin) : « Comme la rémunération des carrières libérales, surtout des médecins, est insuffisante en Espagne, le Gouvernement doit favoriser l'impulsion donnée par les citoyens vers la prévoyance. Elle est la force compensatrice de l'inégalité, produit de l'inconstance de la fortune ; elle est surtout nécessaire à ceux qui vivent pour la science... »

Le but exclusif du Monte-Pio est d'assurer des pensions, proportionnées à l'intérêt pris, aux sociétaires devenus invalides dans l'exercice de leur profession ; aux veuves et orphelins, aux ascendants ou autres membres de la famille, désignés par le sociétaire célibataire.

Les candidats doivent être bien portants, ne pas dépasser 46 ans et exercer leur profession avec honneur. — Le droit d'entrée varie suivant l'âge et la probabilité de vie. On peut s'intéresser pour 15 parts-actions, dont chacune donne droit à une pension annuelle de 360 réaux (90 francs). La cotisation varie également avec l'âge du participant ; elle se trouve calculée d'après un tableau fort rationnel.

Outre le décès et l'invalidité, les statuts admettent encore le droit à la pension (momentanée) pour l'incapacité d'exercer la profession « por impedimento legal, producido sin culpa del causante ». Par cet euphémisme on désigne la proscription ou l'emprisonnement pour cause politique, autrefois si fréquente en Espagne (1).

En 1878, les sociétaires étaient au nombre de 268, dont 98 habitant la capitale. L'avoir s'élevait à 2,560,000 réaux, donnant un revenu de 238,000 réaux. Comme statutairement les fonds avaient été placés en titres de la dette espagnole dont les intérêts ont été notablement réduits, la Caisse avait perdu les deux tiers de son revenu. Elle se remet de cette grave atteinte : les pensions pour le 2e semestre 1877 ne valaient que 115 réaux par action, tandis qu'elles ont monté à 121 réaux pour le 1er semestre 1878.

(1) Par une coïncidence curieuse, un article analogue se retrouve dans les statuts d'une Société russe.

L'ozène trachéal se manifeste cliniquement par l'expectoration, surtout le matin, de crachats verdâtres, visqueux, épais, exhalant l'odeur sui generis de l'ozène, par la persistance de la fétidité de l'haleine après le lavage des fosses nasales, enfin, par ce fait que l'air expiré est aussi fétide par la bouche que par le nez.

Le diagnostic présumé, grâce aux symptômes précédents, ne peut être solidement posé qu'après l'examen laryngoscopique qui révèle, sur les parois trachéales, la présence des croûtes caractéristiques.

L'ozène trachéal aggrave notablement le pronostic de l'ozène nasal, en rendant les lavages nasopharyngiens impuissants à faire disparaître la fétidité de l'haleine. Le traitement doit consister en inhalations humides suffisamment prolongées pour permettre le ramollissement des croûtes que les efforts de toux détachent ensuite et expulsent : une solution de thymol sera préférable à la vapeur d'eau simple. On peut y adjoindre l'insufflation de poudres antiseptiques (iodol, iodoforme) faites à travers la glotte pendant l'inspiration, et les balsamiques (créosote, eucalyptol) à l'intérieur.

Immunité relative des goutteux pour la tuberculose.

M. Humbert Mollière a fait sur ce sujet une communication à la Société de médecine de Lyon. Les cliniciens ont de tout temps noté la rareté relative et la lente évolution de la phthisie pulmonaire chez les goutteux et les arthritiques. Pidoux insistait sur ce fait. M. H. Mollière l'a vérifié maintes fois et s'en est souvent demandé la raison. N'y aurait-il pas lieu de rechercher l'action de l'urate de soude et de l'acide urique sur le développement du bacille de Koch? D'autre part, M. Mollière a remarqué que presque tous ses tuberculeux arthritiques n'expectoraient que pas ou peu et il rattache cette particularité à un autre fait plus général, c'est que dans l'immense majorité des cas, les arthritiques suppurent beaucoup moins, que les autres sujets. Ainsi chez eux les tophus qui ulcèrent la peau des doigts et de l'oreille s'éliminent lentement sans provoquer de suppuration ; M. Mollière a vu une eschare consécutive à une injection sous-cutanée d'éther persister cinq mois parce que la suppuration nécessaire à la formation du sillon d'élimination faisait défaut. Chez les goutteux, au début du diabète, si les tissus ont de la lenteur à se réparer, du moins les plaies restent sèches et seulement sanieuses. Pour que les accidents suppuratifs se montrent (anthrax, pneumonie caséeuse, gangrènes), il faut qu'il y ait un état de glycémie assez accentué. « Lorsque le bacille de la tuberculose s'établit dans les organes d'un individu quelconque, il ouvre une issue à tous ses collègues pyogènes qui se ruent par cette porte ouverte et déterminent la suppuration des tissus. » Prévenez l'inflammation et vous guérirez vos malades, disait Cruveilhier il y a trois quarts de siècle. Ici la nature se charge de cet office. Les tissus des goutteux étant réfractaires au développement de tous les microbes pyogènes, (streptococcus, staphylococcus aureus), celui de la tuberculose pourra proliférer, mais l'on sait combien sa marche est plus lente que celle des précédents. Il aura pratiqué la brèche et personne ne s'élancera à l'assaut. Le patient n'aura à souffrir que de l'évolution d'un seul ennemi, et grâce à ses forces, au secours du climat et de la thérapeutique, il réussira non pas à vaincre complètement son adversaire, mais à vivre perpétuellement sur le pied de paix avec lui. »

REVUE D'OBSTÉTRIQUE
ET DE GYNÉCOLOGIE

I. A PROPOS DE LA FIÈVRE PUERPÉRALE.

A voir toutes les minuties antiseptiques auxquelles se livrent, aujourd'hui les accoucheurs de profession — et heureusement nombre de médecins et de sages-femmes — on pourrait se demander, on se demande s'il n'y a pas là quelqu'exagération. — Certains esprits — pour le moins rétrogrades — répondent même par l'affirmative.

N'est-il pas certain cependant qu'en raison de la gravité du danger qui menace, on ne saurait prendre trop de précautions? Cette conviction s'accroît encore lorsqu'on observe un fait aussi malheureux que celui que nous avons vu récemment : une jeune primipare, enlevée en quelques jours par la fièvre puerpérale, alors que l'accouchement et la délivrance avaient eu lieu spontanément, que les conditions sociales permettaient alors de tout mettre en œuvre pour sauvegarder la femme. Et cependant aucune précaution antiseptique n'avait été prise!

Si le dernier mot n'est pas dit sur la nature de la *fièvre puerpérale*, (expression qu'on tend à remplacer par celle plus exacte de *septicémie puerpérale*), on admet généralement, que chez la femme qui accouche, le danger d'infection vient du dehors; que la septicémie, lorsqu'elle se développe, est due à *l'hétéro-infection* ; les partisans de *l'auto-infection* sont peu nombreux, malgré tout le talent déployé par le Pr Le Fort, pour soutenir cette thèse : que, malgré toutes les précautions prises, on n'empêchera pas certains cas de septicémie puerpérale de se développer spontanément — en dehors de toute contagion.

Sans discuter ici ces hautes questions de doctrine, réservons même à *l'auto-infection* une petite place à côté de *l'hétéro-infection* ; il n'en persiste pas moins que dans la presque totalité des cas où la malade est infectée, elle l'est par les mains, les vêtements de l'accoucheur, par les instruments, etc. Il faut qu'il y ait un germe déposé au niveau de la plaie *utéro-vaginale* pour que l'infection se produise.

Aussi l'accouchement doit-il être avant tout *aseptique*, c'est-à-dire que tous les corps qui sont mis en contact avec les parties génitales de la mère doivent être rigoureusement nettoyés et désinfectés, Le danger vient du dehors : c'est à l'accoucheur de l'éloigner, de surveiller avec soin si, malgré les précautions prises, le danger n'a pas été évité : il faut alors le combattre.

Pour que le traitement d'une septicémie puerpérale puisse avoir quelque chance de succès, il faut qu'il soit appliqué de bonne heure ; par conséquent, le diagnostic doit être précoce. Les signes principaux qui doivent guider l'accoucheur sont tirés de l'examen attentif de la température, du pouls,

des lochies, de l'apparition des frissons, des vomissements, des symptômes abdominaux, de l'état général.

Il est indispensable, chez toute accouchée, que *la température axillaire soit prise au moins deux fois par vingt-quatre heures*, plus souvent lorsque surviennent des complications ; toute élévation notable de température, accompagnée d'un frisson, qui survient dans les 48 heures après l'accouchement, est un indice grave, surtout lorsqu'aucune autre cause, en dehors de l'infection, ne peut expliquer cette anomalie. Lorsque la température atteint 39° à 40°, qu'il y a eu un frisson, l'accoucheur doit intervenir sans plus tarder.

Comme l'ont fort bien dit MM. Pinard et Varnier, « la différence de gravité des accidents puerpéraux (en supposant bien entendu le foie et le rein sains), tient simplement à la plus ou moins grande quantité de produits septiques absorbés par la plaie utéro-vaginale, à la plus ou moins grande rapidité avec laquelle se succèdent les doses absorbées ; alors même que la fièvre traumatique, premier degré de l'infection, s'est déclarée, si on agit énergiquement sur sa cause, on prévient la septicémie ; si on agit assez à temps et assez énergiquement sur l'endométrite septique, on prévient ou on arrête la lymphangite, la péritonite et la phlébite. Question de dose, de profondeur plus ou moins grande de pénétration de l'agent septique. Le tout est d'aller plus vite en besogne que ce dernier, et alors qu'il a déjà pénétré dans l'économie, de mettre celle-ci sûrement à l'abri de l'absorption de doses nouvelles ».

Quel est donc le traitement à opposer aux accidents puerpéraux ? Il est complexe, ainsi qu'on peut s'en rendre compte en lisant le livre remarquable de M. Siredey sur les maladies puerpérales. Nous voulons rappeler seulement les points principaux de ce traitement.

Le traitement général consiste dans les moyens habituellement employés : préparations de quinquina, café noir, alcool à hautes doses (vins généreux, grogs), etc. Le champagne frappé est parfois seul indiqué, lorsqu'il y a des vomissements. Le lait est doublement utile comme aliment et comme diurétique.

Contre la douleur, les injections hypodermiques de morphine rendent des services ; les sangsues, les ventouses scarifiées soulagent beaucoup les douleurs abdominales.

Les agents employés pour combattre l'hyperthermie sont les suivants : sulfate ou bromhydrate de quinine à hautes doses (2 et 3 gr. par 24 heures) ; l'antipyrine aurait donné de bons résultats à Mund et à John White. Les bains froids sont employés par différents accoucheurs, en particulier à Lyon.

Lorsque les symptômes abdominaux sont très marqués, on a recours avec avantage aux onctions mercurielles et à l'application de glace contenue dans un réservoir (sac de caoutchouc, vessie de porc, etc.) ou mieux sous forme de cataplasme glacé (mélange de glace et de farine de graine de lin). Ne pas oublier d'interposer entre le mélange glacé et la paroi abdominale, un linge, une ou deux épaisseurs de flanelle, de manière à éviter la formation d'eschares sur la paroi abdominale.

Mais ce qu'il importe surtout, c'est de désinfecter le canal génital où le poison se forme, s'accumule ; les injections vaginales sont rarement suffisantes ; il faut avoir recours aux injections intra-utérines répétées plusieurs fois par vingt-quatre heures, ou mieux à l'irrigation continue de l'utérus (1).

Enfin il est certaines formes de péritonite puerpérale qui sont traitées avec succès par la laparotomie et le drainage antiseptique du péritoine ; l'opération a été faite à diverses reprises à l'étranger.

Nous tenons de source certaine qu'elle a été pratiquée à Paris l'année dernière dans trois cas avec un succès complet. Bien que les indications de cette opération ne soient pas encore nettement formulées, il est certain que l'opération donnera des résultats d'autant plus satisfaisants qu'elle sera pratiquée de bonne heure.

Quel que soit le résultat du traitement de la fièvre puerpérale, des mesures de désinfection prophylactique s'imposent ou plutôt devraient être imposées par la police sanitaire. Il est triste de constater que, même dans les grands centres, ces mesures de désinfection, qui intéressent toute la population, sont laissées à l'initiative du médecin, souvent paralysé par le mauvais vouloir ou la négligence des familles.

II. Allaitement et abcès du sein.

Parmi les nombreuses raisons avouables — invoquées par les femmes qui, systématiquement, ne veulent pas nourrir, la crainte d'un abcès du sein est une de celles qui sont surtout mises en avant. Or cet argument est loin d'être sans valeur ; car, malgré la généralisation (??) de la méthode antiseptique les abcès du sein chez les accouchées sont loin d'être une rareté.

A Paris, malgré l'état sanitaire satisfaisant des Maternités actuelles, les abcès du sein sont fréquents dans la clientèle hospitalière. Les femmes quittent l'hôpital une dizaine de jours après être accouchées, la plupart n'ont donné le sein que pendant quelques jours ; elles cessent d'allaiter à leur sortie ou continuent à donner le sein sans prendre les soins de propreté qu'on leur a recommandés ; des symptômes de lymphangite mammaire surviennent. La femme applique sur la région douloureuse un de ces *onguents* dont la liste serait longue, ou bien le classique, mais non aseptique cataplasme de farine de graine de lin, qui doit être remplacé par le cataplasme de fécule fait avec de l'eau boriquée ; elle ne se décide à venir de nouveau à l'hôpital que lorsque la voisine et la concierge ont déclaré que l'abcès était *mûr*. Il n'est souvent que trop mûr !

Dans la clientèle — à la campagne comme à la ville — les abcès du sein, pour être moins fréquents, n'en existent pas moins et nombre de femmes considèrent encore cette complication comme un des faits presque normaux des suites de couches, au même titre que la fièvre de lait ! — N'y a-t-il donc pas moyen de mettre à peu près sûrement à l'abri d'un abcès du sein une femme qui accouche ? Si, à la condition que l'*antisepsie* des seins soit rigoureuse, à la condition que le médecin fasse à la femme les recommandations nécessaires, à la condition sur-

(1) Voy. *Concours médical* 1886.

tout (ce qui est plus difficile à obtenir) que la femme suive ces prescriptions.

Nous laissons de côté les variétés anatomiques (phlegmon circonscrit et phlegmon diffus de la région mammaire, phlegmons et abcès glandulaires, abcès en boutons de chemise,etc.) et les symptômes des abcès du sein ; ce sont là choses connues et traitées tout au long dans les classiques. Il est toutefois un point de la symptomatologie qui ne nous paraît pas avoir été suffisamment signalé : c'est la *douleur*. Tous les auteurs s'accordent bien à reconnaître que cette douleur est très vive, intolérable, etc.; il y a plus. Dans deux cas d'abcès du sein que nous avons ouverts, à la campagne, les femmes présentaient sous l'influence de la douleur, de véritables troubles cérébraux : l'une, quelque peu hystérique, avait du délire, des hallucinations nocturnes et présentait un tel état de surexcitation qu'on fut obligé de mettre nuit et jour auprès d'elle deux personnes pour la maintenir dans sa chambre. — Chez l'autre existait au contraire un état de dépression considérable : idées de suicide, indifférence pour ses proches, etc. Ces symptômes persistèrent, pendant quelques jours après l'évacuation du pus, chez ces deux femmes qui ne présentaient pas d'ailleurs d'hérédité cérébrale.

Si ces faits sont rares, fréquemment la douleur physique, le regret de ne pas continuer l'allaitement rendent cette affection, banale en apparence, une des plus pénibles pour la femme : il est du devoir du médecin éclairé sur l'étiologie des abcès du sein, d'instituer un traitement prophylactique efficace.

Dans la grande majorité des cas, l'abcès du sein est consécutif à une lésion du mamelon ou de l'aréole (érosion, gerçure, crevasse) : cette plaie, « irritée par les efforts de succion, par les sécrétions de la bouche de l'enfant, par le lait aigri, par l'exposition au froid durant l'allaitement, enfin par le contact des poussières de l'atmosphère » (Follin et Duplay) est le point de départ d'une lymphangite qui cause ce phlegmon interlobulaire.

Cette théorie, développée par Nélaton et ses élèves, a été combattue par d'autres auteurs, qui pensent que le point de départ des abcès de la mamelle est une inflammation des éléments glandulaires (conduits galactophores, lobules); pour Velpeau, c'est le conduit lacté qui s'enflamme, sa paroi suppure, l'abcès est constitué par une sorte de kyste par rétention ; d'autres auteurs, remettant en vogue la doctrine de l'*engorgement laiteux*, pensent que l'abcès est dû à ce que les conduits dilatés se rompent : le lait altéré se répand alors dans le tissu cellulaire qu'il enflamme. Cette dernière théorie est bien tombée en défaveur aujourd'hui. « Dans l'immense majorité des cas, les phlegmons parenchymateux de la mamelle, chez les nouvelles accouchées et les nourrices, se développent suivant le même mécanisme que la plupart des inflammations glandulaires, c'est-à-dire qu'ils succèdent à la propagation de la phlegmasie, partie du mamelon et de l'aréole et transmise aux conduits galactophores, aux lobules, et de là au tissu cellulaire péri-lobulaire. Dans les cas relativement peu nombreux où le point de départ primitif au mamelon et à l'aréole paraîtra faire défaut, il me semble encore plus logique d'admettre que la glande congestionnée puisse, sous l'influence de causes générales ou locales, franchir les bornes de l'état physiologique et passer à l'inflammation plutôt que d'avoir recours à la théorie mécanique de l'engorgement laiteux (Follin et Duplay). »

Mme E. Hévitt (1), dans une thèse récente sur le rapport des crevasses du mamelon avec les abcès du sein, a repris en détail cette importante question d'étiologie ; d'après cet auteur, les lésions du mamelon ne donnent pas lieu à une lymphangite profonde du sein, mais l'inflammation se propage le long des canaux galactophores. Après avoir rappelé les recherches bactériologiques de Piaute, Escherich, etc , Mme Hevitt cite le résultat de ses expériences personnelles : quand il existe des lésions du mamelon, le lait de la femme renferme les staphylococcus albus et aureus, tandis que celui des femmes saines n'en contient pas. D'où la conclusion que les abcès du sein sont causés par des germes qui, infectant d'abord les crevasses, pénètrent ensuite dans l'intérieur du sein par les canaux galactophores ; ces micro-organismes atteignent les lobules et les lobes de la glande, s'y multiplient et déterminent la formation du pus. Peut-être, ajoute Mme Hevitt, y a t-il, exceptionnellement, un autre mode de production des abcès de la mamelle, puisque presque tous les auteurs affirment avoir vu cette inflammation exister quelquefois en l'absence de lésions du mamelon ? Laissons de côté pour aujourd'hui cette dernière hypothèse dont la discussion nous entraînerait trop loin, et rappelons-nous que *presque toujours l'abcès du sein est consécutif à une plaie, à une solution de continuité du mamelon ou de l'aréole*: d'où la double indication pour l'accoucheur de chercher à éviter la production d'une lésion du mamelon, d'empêcher, lorsque cette lésion s'est produite, qu'elle ne soit le point de départ d'une lymphangite.

Depuis longtemps on a essayé, par des moyens divers, de développer le mamelon, de fortifier son épiderme, avant que l'accouchement n'ait lieu ; quelques auteurs très autorisés pensent que ces manœuvres sont pour le moins inutiles et que, dans certains cas, elles peuvent être nuisibles en éveillant hâtivement la contraction utérine et en faisant accoucher la femme avant terme. M. Auvard (2) qui vient d'étudier cette question dans un article très intéressant, pense que dans le cours du dernier mois le médecin peut sans grand inconvénient faire courir ce risque à sa cliente, lorsqu'elle doit allaiter et qu'elle a le mamelon mal conformé, aplati, ombiliqué. Voici ce qu'il conseille : pendant les quinze premiers jours du neuvième mois, faire exercer tous les matins sur le mamelon de légères tractions que la femme pourra exécuter elle-même, et frotter tout le bout du sein surtout à son pourtour et à sa base, avec un linge fin imbibé d'alcool.

Pendant les deux dernières semaines de la grossesse, le traitement peut être plus énergique : tout en continuant les lavages à l'alcool, on développe

(1) Thèse Paris 1887. Davy, éd.

(2) *Gazette hebdomadaire*, 17 février 1888.

le mamelon à l'aide de la succion qui est pratiquée par la femme elle-même à l'aide d'un bout de sein spécial. Cet instrument se compose d'une cupule en verre à laquelle s'adaptent d'un côté un bout destiné à l'enfant, de l'autre un bout plus long destiné à la mère.

La cupule de verre est appliquée sur le mamelon, le grand bout est mis dans la bouche de la mère, le petit bout, débarrassé de la téterelle, trempe dans un vase contenant un peu d'alcool.

La femme aspire : une certaine quantité d'alcool monte dans la cupule en verre et vient baigner le mamelon. Le tube inférieur est alors pressé avec les doigts : l'aspiration continue de telle sorte qu'en même temps que le mamelon se développe, il est baigné dans l'alcool par toute sa surface.

Lorsque la femme vient d'accoucher et que les bouts de sein ne sont pas bien formés, il est bon de les développer soit à l'aide de succions, soit à l'aide de l'aspiration avec les petites pompes ad hoc ; mais il importe que tous ces instruments soient d'une propreté rigoureuse. — Plus l'enfant aura de facilité pour bien têter, moins sera nuisible le traumatisme qu'il produit par ses mouvements de succion. — M. Auvard préfère encore ici au bout de sein de Bailly, le bout de sein à deux tubulures ; grâce à cet instrument, la mère aide son enfant en lui épargnant de violents efforts de succion, puisqu'elle remplit elle-même de lait la cupule de verre.

Nous n'avons pas besoin de rappeler *qu'avant* comme après chaque tétée, la femme doit se laver les seins avec de l'eau tiède, boriquée de préférence. Il importe qu'elle ait toujours les mains très propres ; combien d'abcès au sein sont simplement dus à la malpropreté des mains, des ongles, des vêtements qui sont mis en contact avec les seins ! C'est surtout lorsque la moindre fissure existe, que ces causes banales sont à redouter. Il est indispensable, lorsque une lésion existe du côté des seins, de prendre régulièrement la température matin et soir, ou au moindre frisson ; combien de fois avons-nous vu M. Pinard, à Lariboisière, rechercher la cause d'une élévation de température chez une accouchée et la trouver dans une lymphangite commençante du sein ! Il prescrivait le pansement des seins, tel que nous l'avons décrit dans ce journal (1) d'après la thèse de notre ami le Dr Ressein, et le lendemain, la température revenait à la normale. Que cette lymphangite passe inaperçue : elle sera la cause d'un abcès du sein.

Voici en quoi consiste ce *pansement des seins* qui donne d'excellents résultats : on place sur les seins des compresses imbibées de solution boriquée tiède à 3 % et chaque fois que la femme vient de donner le sein, on les y trempe à nouveau. Pour empêcher l'évaporation du liquide, on met immédiatement sur les compresses un morceau de taffetas gommé qui recouvre les deux seins ; sur le taffetas une couche d'*ouate propre*, le tout est maintenu à l'aide d'un bandage de corps en toile ou mieux en flanelle. Ce pansement *compressif* a l'avantage de soutenir les mamelles, de les maintenir à une température constante, de les soustraire à l'action du froid ; de plus, il diminue sensiblement, dans un grand nombre de cas, les douleurs produites par les lésions du mamelon dont il favorise la cicatrisation ; il ne détermine jamais d'irritation de la peau ni de phénomènes toxiques chez l'enfant, inconvénients que pourraient avoir l'acide phénique et le sublimé : il permet en outre de continuer l'allaitement.

M. Auvard préfère à l'acide borique l'alcool qui durcit le mamelon et « semble mieux activer la cicatrisation des ulcérations ». Mais ce pansement à l'alcool n'est-il pas plus douloureux ?

Lorsque la femme continue à allaiter malgré les gerçures du sein, on peut diminuer la douleur en faisant des badigeonnages avec une solution de chlorhydrate de cocaïne à 1/20e. Il est également bon de faire téter l'enfant avec un bout de sein : on diminue ainsi le traumatisme du mamelon en même temps qu'on soustrait la petite plaie aux micro-organismes qui peuvent s'accumuler dans la bouche de l'enfant. Si cependant les douleurs deviennent par trop intolérables, si la cicatrisation des plaies n'a pas lieu, mieux vaut alors cesser l'allaitement : on panse les seins avec des compresses boriquées et on peut exercer une compression plus serrée, partant plus efficace.

Ainsi, lorsque toutes les précautions antiseptiques sont prises, il ne doit pas y avoir d'abcès du sein, sauf peut-être lorsqu'un abcès s'est formé à un accouchement antérieur : y a-t-il là un fait de microbisme latent ? Quelle qu'en soit l'explication, le fait existe : une femme est plus exposée à avoir un abcès du sein, même avec une bonne conformation du mamelon, lorsqu'elle en a déjà eu un.

Mais le médecin peut être appelé à donner des soins à une femme chez laquelle les soins de propreté n'ont pas été observés et chez laquelle un abcès est en train de se développer. Quelle doit être sa conduite ?

Si l'abcès n'est pas manifestement collecté, on doit essayer d'en amener la résolution par une compression bien faite par-dessus un pansement humide ; nous avons, à diverses reprises, employé ce pansement, sur le conseil de M. Pinard, et dans plusieurs cas, les symptômes inflammatoires ont cédé au bout de 24 ou 48 heures ; mais il importe que le pansement soit bien fait, que les seins soient ramenés en haut et en dedans vers la ligne médiane.

Lorsque l'abcès est formé, il faut donner issue au pus, soit par une incision oblique, parallèle aux canaux galactophores ; soit encore mieux par une ponction à l'aide d'un trocart à hydrocèle. Cette dernière méthode a l'avantage de ne pas intéresser un aussi grand nombre de conduits galactophores que l'incision au bistouri (Pinard).

Dans les deux cas, le drainage est utile. Cependant dans un cas où la femme était très pusillanime et où nous n'étions pas suffisamment outillé pour placer un tube à drainage, nous fîmes avec le trocart une simple ponction qui donna issue à une quantité considérable de pus. Un pansement forte-

(1) *Concours médical*, 17 mars 1885.

ment compressif et renouvelé tous les deux jours suffit à amener l'évacuation du pus et la terminaison de l'abcès.

En résumé, il faut appliquer aux abcès du sein le même traitement prophylactique que pour toute lymphangite microbienne c'est-à-dire panser antiseptiquement la plaie qui en est le point de départ : ici c'est la crevasse du sein. Dr G. Lepage.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Les œuvres d'assistance médicale.

La *Société centrale* de l'*Association générale* a tenu sa séance annuelle le dimanche 5 février. Le président, M. *Lannelongue*, dans son discours, a constaté la prospérité de l'Association et il a applaudi à l'initiative des médecins qui s'efforcent de créer des œuvres d'assistance.

« Je n'invoquerai pas, a-t-il dit, une prospérité réelle reposant sur des adhérents toujours plus nombreux pour vous inviter à vivre dans une quiétude absolue. Aujourd'hui moins que jamais, on ne doit négliger rien de ce qui touche à la prospérité de l'Association.

« De toutes parts, on fait de notables et je dirai aussi de louables efforts pour porter remède aux détresses et aux infortunes de la profession médicale. Les associations se multiplient sous des formes et des noms divers et il n'est pas jusqu'à la suspension temporaire du travail pour cause de maladie que l'on ne veuille désormais garantir par voie d'assurance.

« C'est avec satisfaction, disons-le tout de suite, que nous constatons ces heureux effets dont nous souhaitons le succès ; car ici ne règne pas cet esprit étroit qui consiste à voir de la rivalité là où on ne doit rencontrer qu'une aide. Comment ne peut-on pas être heureux de voir surgir, quel qu'en soit le principe, tout appel ou tout encouragement à la prévoyance et à l'épargne !

« Si nous avons la satisfaction de secourir toutes les détresses qui nous sont signalées, néanmoins nous regrettons quelquefois de ne pouvoir le faire dans une mesure plus large. Et comme nous n'exigeons de chacun de nos adhérents qu'un sacrifice insignifiant pour qu'il soit à la portée de tous, il en résulte que le grand nombre seul peut augmenter efficacement nos ressources. C'est ce calcul, d'une simplicité extrême, qui est peut-être cependant la cause la plus vraie de la prospérité non interrompue de l'Association, depuis son origine ; il en est le fondement ou la constitution même.

« Mais il est arrivé — et avec la durée de l'œuvre il arrivera plus encore — qu'une autre source d'augmentation de revenus a beaucoup facilité le progrès de l'Association : ce sont les dons et les legs qui lui sont faits. Ces donations, qui constituent une partie importante de notre avoir, sont attirées, j'en suis convaincu, par le caractère exclusif de charité inhérent à l'œuvre. Ce qui ne serait pas donné en vue d'un droit acquis par des sociétaires, l'est fréquemment et généreusement lorsqu'il s'agit de concourir à une répartition qui n'a d'autre but que le soulagement d'infortunes et de détresses chez ceux qui ont fait preuve de bon vouloir dans les jours heureux. C'est au nom de ce principe que chacun de nous a le droit de faire un appel pressant à la fois à ceux qui ignorent notre association et qui sont les nouveau venus dans la famille médicale et aussi à nos confrères qui n'en ont pas encore compris la pensée saine et bienfaisante. »

La loi Roussel et les conseils généraux.

Monsieur le Directeur,

Vous vous êtes souvent occupé, dans le *Concours médical*, de la loi Roussel qui commençait à être appliquée dans notre département d'une manière très satisfaisante. Voici copie de la circulaire adressée par le préfet aux médecins chargés de ce service.

Messieurs,

J'ai l'honneur de vous informer que le conseil général, à la session d'août dernier, par suite des modifications apportées au budget départemental n'a pu maintenir l'inscription des crédits nécessaires à l'application de la loi du 23 décembre 1874 pour l'année 1888.

En conséquence, à partir du 1er janvier prochain, il ne sera fourni aucun imprimé. Il ne sera plus alloué également d'honoraires aux médecins inspecteurs, ni d'indemnités aux secrétaires de mairie et aux gardes-champêtres.

Veuillez, etc.

— Or, les honoraires pour les médecins-inspecteurs qui, dans cette circonstance encore, faisaient, à leurs dépens à peu près tous les frais de l'application de la loi, étaient fixés à 1 fr. 40 par visite, *quelle que soit la distance.* (Pour ma part, j'ai des nourrissons à 14 kilomètres de mon domicile, aller et retour 28 kilomètres, 1 fr. 40).

Le conseil général a jugé que c'était encore trop. L'application de la loi ne coûtait que 3950 fr. au département.

Je ne veux pas chercher à savoir ce que le même conseil général vote pour encouragements à l'élevage des espèces chevaline, porcine, etc... Je craindrais d'avoir à rougir de nos confrères faisant partie de cette assemblée, et n'ayant pas protesté contre cette acte de lèse-humanité.

Mais il n'est pas admissible que le ministre accepte cette décision du conseil général. Lorsque certaines communes, au moment où la gratuité de l'enseignement laïque et obligatoire fut établie, s'abstinrent de voter des fonds pour ce chapitre, l'autorité compétente y remédia en inscrivant d'office au budget de ces communes les crédits nécessaires. — Vous êtes plus que tout autre autorisé à mener cette campagne, Monsieur le directeur, et vous avez trop souvent défendu cette cause pour que votre appel reste sans écho. Dr X....

Nous nous associons aux réclamations de notre confrère et nous avons demandé à qui de droit le moyen de donner satisfaction à une réclamation aussi légitime.

Nous ferons connaître la réponse que nous attendons. A. C.

Les frais d'expertise médico-légale.

Mon cher Directeur,

Par ce vent d'économies budgétaires, il aurait été étonnant que quelque éclat n'atteignît pas le corps médical. Si, par occurrence, quelques-uns de mes confrères, en leur qualité de médecins attachés plus ou moins aux parquets de certaines cours, ont des mémoires d'honoraires à présenter, qu'ils ne marchent plus sur les anciens errements. On a l'œil ouvert, même en haut lieu. Jugez :

1° Je suis requis pour visiter le corps d'un enfant

et rechercher s'il n'a pas subi des violences du côté de l'anus. — Je ne constate aucune lésion sur le corps et j'examine au spéculum ani l'organe suspect.

Sur ma note d'honoraires, à côté du transport je porte : visite du corps = 3 francs ; examen plus difficile que la simple visite (examen au spéculum ani) = 5 francs. — Invitation m'a été faite de biffer ce dernier acte qui est compris, d'après le parquet, dans l'article visite !

2° Cinq jeunes filles, soupçonnées d'avoir été violées, me sont confiées. J'examine au microscope les différents liquides qui s'écoulent des organes génito-urinaires. — Je mentionne ce que j'ai trouvé pour chacune, mais je ne dis point dans mon rapport que j'ai eu recours au microscope ou à des réactifs colorants pour distinguer la leucorrhée de la gonorrhée, etc., etc., je ne l'écris point parce que c'était un point secondaire : les lésions anatomiques indiquaient qu'il y avait eu viol.

J'ai inscrit sur ma note d'honoraires les lamelles pour examen microscopique, la glycérine, violet de gentiane, bleu de méthyle, enfin tout ce qui m'a servi pour ces cinq examens. Ma note m'est renvoyée et non seulement le parquet ne veut pas considérer ces 5 examens comme étant plus difficiles que la simple visite, mais on se refuse à me payer les ingrédients employés sous le fallacieux prétexte que je n'ai pas parlé dans mon rapport d'examen microscopique concernant les organes génitaux !

Je livre ces deux faits aux réflexions de mes confrères, et qu'ils ne croient pas que ce soit spécial à la cour de X..., car, ayant vu périmer une note d'autopsie, je fus obligé de la faire relever de la déchéance par la chancellerie. Là, on me biffa la somme de sept francs représentant les frais de la détérioration d'instruments laissés trop longtemps en contact avec une forte solution de sublimé !

D'habitude, le médecin attaché à un parquet s'entendait avec le juge et la note était justement rémunératrice. Aujourd'hui la note d'honoraires est examinée au parquet de M. le Procureur Général par des attachés qui ont plus ou moins assisté à une autopsie ou à une opération plus difficile que la simple visite. Ils veulent faire du zèle, cherchent la petite bête, et M. le Procureur Général, heureux de pouvoir dire à la chancellerie que les frais de justice criminelle ont diminué dans son ressort, broche sur le tout, prive le médecin d'une partie de ses honoraires et le renvoie, comme il m'est arrivé, à la page 27 du *Code des frais de justice*, par un M. Lautour, inconnu du monde médico-légal et qui doit dater de 1811.

Quel remède appliquer à ces abus ? Il est difficile d'en trouver, car la réquisition et les conséquences, si on n'y obéit pas, sont toujours suspendues sur nos têtes. Si quelqu'un de mes confrères avait une solution à indiquer, qu'il nous la donne.

X. 178.

Statistique médicale publiée par le ministère du Commerce.

Le nombre des docteurs en médecine est de 11,995, et celui des officiers de santé de 2,794.

Dans le département de la Seine, ces praticiens sont respectivement au nombre de 2,188 et de 182.

Il y a des départements, la Corse et la Somme, qui comptent plus d'officiers de santé que de docteurs.

Dans les Hautes-Alpes, il n'y a que 15 docteurs et 7 officiers de santé; dans la Lozère, 30 docteurs seulement.

Il y a en France 7,100 pharmaciens. Quant aux sages-femmes, elles sont au nombre de 13,610, et les herboristes, au nombre de 1,013, dont 641 dans le seul département de la Seine. Ce même département compte 797 pharmaciens et 1,787 sages-femmes.

L'examen de ces chiffres prouve que le nombre des médecins français est largement suffisant pour desservir les populations. Quand on examine en détail la statistique dont nous énonçons seulement les gros chiffres, il semblerait que les villes sont trop pourvues, au détriment des campagnes.

Mais, en réalité, cela n'est pas exact. Le médecin a une tendance bien naturelle à se fixer dans les agglomérations qui lui fournissent un noyau de clientèle exigeant moins de déplacements.

Le correctif est que de ce centre, grâce aux chemins de fer et aux nombreuses et excellentes routes qui relient les bourgs, le médecin peut rayonner fort loin, avec des fatigues bien moindres et un résultat utile au moins double de celui qu'il obtenait il y a vingt-cinq ans.

En conséquence, les 15000 médecins de 1887 fournissent une somme de travail utile au moins double de celui que produisaient les praticiens il y a un quart de siècle. Donc ils sont trop nombreux.

En distribuant les prix aux étudiants du *King's College* à Londres, Lord Carnarvon a fourni une statistique intéressante qu'il doit à l'éminent médecin Sir James Paget. On a suivi la carrière de 1000 étudiants en médecine ; sur ce nombre, 23 ont eu un succès brillant; 15 ont fort bien réussi ; 60 bien, et 307 assez bien. Les autres ont été emportés par la mort ou ont échoué.

Les chances sont donc au taux de *9 p. 100* pour arriver à la prospérité ; de 30 p. 100 pour la simple aisance ; de 60 p. 100 pour l'insuccès. Cette dernière proportion serait terrible, si une mort prématurée n'y entrait pas pour une forte part.

TRAVAUX ORIGINAUX

De l'adénopathie.

Qu'il nous soit permis, à propos de la communication du Dr A. Petit sur l'adénopathie sus-claviculaire dans les cancers abdominaux (1), de rappeler un fait sur lequel le professeur Parrot revenait souvent et qu'il faisait toucher du doigt aux élèves qui assistaient à ses intéressantes cliniques.

Nous voulons parler des ganglions cervicaux dans la phthiriase chez les enfants. Il faisait observer que les plus gros étaient les derniers, c'est-à-dire les plus bas. Nous avons souvent attaché notre attention à ce fait et, à dire vrai, il ne nous a jamais paru si évident qu'alors qu'il s'agissait d'enfants très jeunes ; or on sait que l'adénopathie se développe plus librement, si j'ose dire, dans l'enfance ; aussi sa marche normale peut-elle être étudiée à ce moment avec plus d'avantage. Il s'agissait bien, dans ces cas, comme le dit le Dr Petit, du dernier ganglion d'une chaîne.

Pour les ganglions inguinaux à la suite de chancre induré, Ricord avait au contraire signalé comme le plus développé le ganglion médian : le préfet de l'aine au milieu de son conseil, suivant sa pittoresque expression.

(1) Voir *Concours médical*, 1888, n° 3.

Le fait signalé par Parrot portera peut-être à croire, avec le Dr Petit, qu'une grande ancienneté du mal n'est pas nécessaire à l'existence de ganglions éloignés et que ce dernier symptôme est dû à une marche encore à trouver des éléments pathogènes dans le courant lymphatique.

Il faut même reconnaître que les ganglions intermédiaires ne sont parfois que très peu hypertrophiés, comme si les éléments entraînés acquéraient, en traversant les ganglions voisins du mal, une puissance irritative croissante.

Ces cas de ganglions sus-claviculaires dus à une lésion gastrique ou utérine et signalés avec un intérêt justifié au point de vue clinique, ne doivent-ils pas, au lieu d'être considérés comme exceptionnels, et même bizarres — et c'est à ce titre qu'on revient sur ce sujet depuis quelque temps — rentrer dans une loi dont la formule pourrait être : L'irritation, à retentissement ganglionnaire notable, d'une région drainée par une série de ganglions, provoque d'abord l'hypertrophie des ganglions les plus éloignés du mal bien souvent, mais exceptionnellement des plus proches.

Bien des observations considérées en nous souvenant de l'observation de Parrot, nous ont semblé justifier cette formule : tel ce cas où nous fûmes obligé, à la suite d'un épithélioma de la lèvre, d'enlever un ganglion post-maxillaire et seulement plus tard un ganglion sous-maxillaire.

Nous pensons que l'attention appelée sur ce point rappellera à la mémoire de nos confrères bien des cas plus probants que ce dernier.

D'ailleurs, nous reportant à nos notes prises à la clinique du professeur Parrot, nous voyons qu'il était bien autrement affirmatif : Les ganglions les plus tuméfiés, disait-il, sont les plus éloignés de la lésion, ceux de la trachée dans la bronchite, de la base du cou dans les affections du cuir chevelu.

L. Couetoux
(de Nantes).

VARIÉTÉS

Pratique médicale aux Etats-Unis.

Facultés et écoles de médecine régulières. — Les écoles qui ne comptent pas.

Il importe, tout d'abord, de savoir ou de se rappeler que, contrairement à ce qui existe dans la plupart des pays d'Europe, la pratique médicale aux Etats-Unis n'est pas réglementée par une loi unique ayant pouvoir dans tous les États de l'Union. Le gouvernement ne s'occupe en rien des questions relatives à l'enseignement classique ou professionnel. Il laisse au Sénat et à la Chambre des représentants de chaque État l'initiative et la responsabilité des lois concernant l'organisation et la surveillance de la pratique médicale et toutes les matières se rapportant à l'hygiène publique.

Comme il est facile de le prévoir, par suite de cette liberté d'action, les lois médicales sont des plus variables. Dans les Etats de l'Est — noyau primitif autour duquel sont venus tour à tour s'agglomérer les Etats qui forment aujourd'hui les États-Unis de l'Amérique du Nord — la loi exige de tout praticien la possession d'un diplôme de docteur en médecine d'une université ou école régulière, reconnues par l'État. D'autres Etats obligent seulement le futur praticien à passer un examen professionnel devant une commission composée de docteurs en médecine, nommée par le gouvernement de l'Etat ; d'autres encore exigent de tous les aspirants, — qu'ils visent ou non le doctorat — qu'ils passent un examen professionnel devant un jury d'Etat, cet examen donnant seul le droit de pratique dans l'Etat. C'est la réglementation médicale allemande. Enfin, certains territoires du Far-West ne possèdent aucune réglementation. Exerce la médecine qui veut. Mais, chose bizarre, dans ces mêmes pays de liberté médicale absolue, la pratique de l'art dentaire est étroitement réglée par une loi. Soigne ou tue qui veut son semblable — assez confiant pour se laisser faire — mais celui-là seul a droit de toucher à une dent, qui a passé les examens voulus et fait ses preuves.

On trouve, aux États-Unis, des Universités et Écoles de médecine dites régulières, puis des écoles homœopathiques, des écoles éclectiques, enfin des écoles de femmes. Au total, quatre genres d'écoles bien différentes, bien disparates, sans parler des écoles dentaires qui sont admirablement organisées, et qui méritent un petit chapitre à part, en appendice.

Commençons par les Facultés et Ecoles régulières.

Est dite Faculté ou Ecole régulière toute institution qui exige des élèves au moins trois années d'études médicales. La première année, cependant, peut avoir été passée avec un précepteur, docteur en médecine régulier, mais on ne considère pas comme régulières les études faites cette premiere année sous la direction d'un médecin homœopathe ou éclectique, même si ces praticiens out obtenu leur diplôme de docteur en médecine d'une Universté régulière.

Les Écoles de médecine, comme tous les établissements d'enseignement supérieur, ont une valeur scientifique extrêmement variable, qui est presque toujours en raison directe de leur situation pécuniaire.

L'Etat n'apporte sa contribution financière au développement d'une institution d'enseignement — encore le fait-il très rarement — que lorsqu'il est prouvé que cet établissement, par des contributions privées antérieures, a une existence assurée. Il vous aide à vivre si vous pouvez vivre. Heureusement, les Américains viennent en aide avec une largesse admirable à tout ce qui regarde l'instruction générale. L'intervention de l'initiative privée, qui est une des grandes qualités de la nation, a contribué puissamment à établir certaines institutions d'enseignement supérieur qui, par leur installation, par leur organisation, par la valeur de l'enseignement qu'elles distribuent, pourraient être citées comme exemple à un grand nombre de nos vieilles Universités ou Facultés d'Europe. Ainsi, il y a quelques années, un habitant de Baltimore, John Hopkins, laissait à cette ville une somme de cinquante millions de francs pour la construction d'une Université qui porte son nom, ainsi que pour la fondation d'un hôpital qui est, comme construction hygiénique et comme organisation intérieure, l'idéal d'un établissement hospitalier. De même, Vanderbilt, le richissime Américain, léguait, il y a deux ans, deux millions cinq cent mille francs au Collège des Médecins et Chirurgiens de New-York qui les a employés en grande partie à la construction et à l'installation de ses différents laboratoires.

Parmi les institutions qui ont eu la bonne fortune de rencontrer de généreux donateurs ou d'être soutenues par les Etats dont elles font partie, se trouvent l'Université de Harvard dans le Massachusetts,

la vieille Université de Pennsylvanie (Philadelphie), celle de New-York, et plusieurs autres. Les unes et les autres reçoivent ainsi, de temps en temps, des contributions personnelles variant de 50,000 à 500,000 francs, ce qui leur permet, naturellement, de donner à leurs études et plus particulièrement à leurs examens, un caractère sérieux, vraiment scientifique, tandis que d'autres institutions, beaucoup moins fortunées, dépendant pour leur existence des cotisations des élèves et par conséquent de leur nombre, en arrivent forcément à faciliter singulièrement leurs examens d'entrée et même, ce qui est plus regrettable, leurs examens de sortie.

Le nombre des écoles médicales est illimité ; il y en a certainement plus d'une centaine. Chaque année en voit éclore de nouvelles, mais en même temps beaucoup sombrent et disparaissent. Cette pléthore d'établissements médicaux s'explique aisément par la facilité avec laquelle une école peut s'établir. Le procédé est bien simple. Un certain nombre de praticiens s'unissent, prennent carrément le titre pompeux de professeurs, font une demande au gouverneur de l'Etat, s'engageant à donner des cours de médecine théoriques et pratiques pendant une période d'au moins cinq mois chaque année, et à délivrer le diplôme de docteur en médecine au bout de deux ou trois années d'études, selon les lois médicales de l'Etat.

Ces formalités commodes une fois remplies, l'autorisation est vite accordée et l'Amérique compte quelques professeurs et une école de plus.

Dans la grande majorité des cas, surtout lorsqu'il existe déjà une ou deux écoles de médecine sérieuses dans une même ville, le mobile réel de la fondation de ces écoles de pacotille est le désir ardent qu'ont les fondateurs d'échanger leur titre de docteur contre celui de professeur. Chose bizarre, on se laisse volontiers prendre aux Etats-Unis à ce titre qui n'en est pas un. « Professeur » sur une carte de visite, vous pose un homme, lui donne une considération médicale, aux yeux de beaucoup de gens, lui vaut des relations de société et finalement — pas toujours cependant — des dollars ! La plaie de l'enseignement médical aux Etats-Unis est vraiment là, dans cette fourmilière d'écoles sans valeur aucune, qui ont cependant le droit de décerner le titre de docteur, et qui vous bâclent un prétendu médecin en moins de temps qu'il n'en faut pour faire un bon artisan. Il n'est même pas rare de voir un docteur de cette force devenir, à son tour, professeur dans l'école dont il est sorti. Et la série continue !

Voilà donc, dans la classe des écoles de médecine régulières, tout un groupe qui ne compte pas, qui jette le discrédit de l'étranger sur l'enseignement médical des Etats-Unis pris en bloc, et qui le jettera tant que le gouvernement de l'Union ne comprendra pas la nécessité de balayer une bonne fois ces écuries d'Augias de son enseignement supérieur.

Ces écoles fantaisistes méritent presque de voir figurer à côté d'elles l'histoire assez drôle de ces fameux diplomes de « *Docteur en médecine de l'université* de PHILADELPHIE », histoire qui a fait tant de bruit ces dernières années.

Ces diplômes n'ont pas plus de valeur qu'une gravure quelconque tirée à un nombre illimité d'exemplaires et que l'on peut se procurer moyennant une certaine somme. Leur fabrication et leur exploitation en grand étaient dues à un individu du nom de Buchanan, respectable vieillard de soixante-quinze ans. Il eut l'ingénieuse idée d'imaginer et d'exploiter une amphibologie qui fit seule réussir son commerce de diplômes, mais qui était trop bien trouvée pour ne pas réussir à coup sûr.

Il n'y a, à Philadelphie, qu'une seule Université, très sérieuse et très honorable ; elle porte le nom « d'*université de Pensylvanie* », mais non celui d'« *université de Philadelphie*, bien qu'elle soit *à* Philadelphie. Buchanan, jonglant avec les mots, délivra ses diplômes au nom de l'université *de Philadelphie*, qui n'existe pas sous ce nom, comme je viens de le dire, puisqu'elle s'appelle « *université de Pennsylvanie* ». Il vendait sous cette étiquette des diplômes de docteur en médecine, en théologie, en sciences, en art, en chirurgie dentaire, en philosophie. Il y en avait, comme on voit, pour tous les goûts, mais pas tout à fait pour toutes les bourses. Chaque diplôme, en effet, coûtait en moyenne la somme de 750 fr. ; une remise spéciale était faite à tout acquéreur de plusieurs diplômes ainsi qu'à celui qui procurait un nouveau client. Buchanan gagna dans cette industrie nouvelle la bagatelle de trois millions environ.

La faculté de médecine de l'université de Pensylvanie, qui connaissait le trafic de ce Buchanan, avait essayé à plusieurs reprises, mais en vain, de faire cesser son commerce. La difficulté légale venait de ce qu'il ne s'était pas approprié le nom de l'université réellement existante à Philadelphie, mais celui d'université de Philadelphie, qui n'existait pas du tout sous cette dénomination. En outre, l'exploitant malin s'était bien gardé de vendre ses parchemins aux Américains, de crainte de poursuites, quoique son diplôme ne donnât pas le droit de pratiquer aux Etats-Unis. Il les expédiait tous en Europe. Cependant quelques Américains habitant l'Europe, purent lui dissimuler leur nationalité. Ils se firent adresser des diplômes et le firent ensuite poursuivre à Philadelphie par l'intermédiaire des consuls des pays qu'ils habitaient. Au moment de son arrestation, il avait déjà expédié plus de cinq mille diplômes. *Ses registres prouvèrent que plus de trois mille avaient été absorbés par l'Allemagne* !

(*Bulletin médical.*)

BULLETIN DES SYNDICATS

ET DE

L'UNION DES SYNDICATS

DIRECTEUR : Dr BARAT-DULAURIER

Nous publions, sans commentaires, le travail suivent dû à un confrère à qui une longue pratique donne une autorité incontestable. Du reste, au moment où nous nous proposons d'attirer l'attention sur les questions d'assistance médicale, il est bon que toutes les opinions puissent se faire jour.

N. de la R.

Projet d'organisation de la médecine des indigents dans les campagnes

La discussion qui a eu lieu en 1877 à la Chambre des députés, sur l'assistance médicale dans les campagnes, a prouvé une fois de plus combien cette question est difficile à résoudre. Elle aura eu cependant le mérite de bien fixer le point où on en est arrivé, mais il faut avouer que les efforts faits n'ont pas donné de résultats sérieux, malgré les enquêtes dont on a parlé, enquêtes qui ont dû être conduites on ne sait par qui et comment.

Il convient donc de se remettre à la tâche, et que tous les hommes de bonne volonté que cette question intéresse essaient d'apporter leur pierre à l'édifice.

Ce qui suit résume la manière de voir d'un médecin qui exerce depuis vingt ans au milieu de la Cornouaille, c'est-à-dire dans une des contrées les plus déshéritées au point de vue de l'assistance médicale.

Je ne puis m'empêcher de penser que mes impressions sont probablement celles de mes confrères, qui, placés dans les mêmes conditions, doivent, comme moi, à une longue et laborieuse pratique, de s'être formé sur ce sujet une conviction que les années n'ont fait que fortifier.

Déjà, en 1867, je traitais cette question dans une lettre à M. le préfet du département des Côtes-du-Nord, et, si les lumières apportées par la discussion à la Chambre des députés ont modifié ma manière de voir dans les détails, elles n'ont fait qu'affermir ma conviction dans les données principales. Voici donc comment je comprends l'assistance médicale dans les campagnes :

1° Une loi qui ferait l'assistance obligatoire dans chaque commune et en imposerait l'obligation aux conseils généraux ; 2° Chaque conseil général organiserait le service dans son département et réglerait les principales obligations à observer par les commissions cantonales.

Il fixerait la quotité de l'impôt pour chaque commune.

3° Dans chaque canton serait instituée une commission composée du maire de chaque commune et des médecins de chaque canton.

Le règlement fait par le conseil général serait obligatoire pour toutes les communes.

Chaque commission cantonale serait chargée de l'application du règlement et pourrait, selon les lieux et les circonstances, y apporter certaines modifications avec l'approbation du conseil général. De cette façon, les communes garderaient une initiative et une liberté suffisante.

Le canton aurait une administration hospitalière, choisie en tout ou en partie parmi les membres de la commission, et elle serait nommée ou approuvée par l'administration supérieure.

Chaque commune serait imposée d'après le nombre de ses indigents ou en proportion de sa richesse ; l'Etat et le département compléteraient l'apport des communes trop pauvres.

Le conseil municipal de chaque commune dresserait chaque année une liste des indigents secourus par le bureau de bienfaisance, et quand cette liste paraîtrait exagérée, la commission cantonale déléguerait deux de ses membres pour la vérifier.

Le service médical serait fait par le médecin de canton, ou par quartier par chacun des médecins du canton acceptant. Dans les localités où les médecins seraient plus nombreux, le sort déciderait entre eux chaque année.

Je ferai observer que la liberté du malade dans le choix du médecin est une objection de peu de valeur, car dans les campagnes le médecin n'a guère d'ennemis parmi les indigents et, en définitive, la société ne peut admettre les caprices des malades auxquels elle accorde généreusement des secours.

L'indemnité à accorder aux médecins devrait être assez rémunératrice pour qu'ils y trouvent une compensation suffisante au surcroît de travail qui leur serait imposé et pour qu'on puisse, en retour, exiger d'eux l'activité nécessaire.

4° L'assistance médicale dans les campagnes ne sera complète et efficace qu'à la condition de créer dans chaque chef-lieu de canton une salle d'hôpital où les malades indigents les plus gravement atteints puissent être transportés et convenablement soignés.

Chaque indigent serait muni d'une carte donnant droit à la visite et aux soins du médecin, qui réclamerait du maire les moyens de transport pour les malades qu'il faudrait conduire à l'hôpital.

Les maladies moins graves n'exigeant guère qu'une visite du médecin, et les malades ou leurs parents pouvant venir aux consultations, il en résulterait ce double avantage que les maladies sérieuses seraient traitées avec plus de chances de succès et que les médecins y gagneraient un temps précieux, car on diminuerait ainsi dans une notable proportion les courses à la campagne.

Je ne dirai qu'un mot de l'assistance à domicile de tous les malades, c'est que, si elle est préférable dans les centres de population, elle est complètement impraticable dans les campagnes. Supposez deux médecins dans un canton de huit communes, comme celui que j'habite, et il ne leur resterait pas une minute à consacrer à leur clientèle, à laquelle ils se doivent aussi, sans parler de bien d'autres impossibilités.

A certaines critiques qui ont été faites aux projets d'assistance médicale, je réponds :

Non, l'hôpital cantonal ne comporte pas les dépenses considérables que l'on a dit, et deux lits par commune suffiraient.

Non, nos indigents de la campagne n'ont pas horreur de l'hôpital, surtout quand ils sont soignés près de leur famille et ils n'auraient, au contraire, que trop de tendance à s'y faire admettre.

Non, les chances de guérison ne seraient pas augmentées par le traitement à domicile, où le malade ne trouverait ni les soins que l'on suppose, ni le feu, ni la lumière, ni le linge, ni la propreté, ni la nourriture convenable, ni rien, car il ne faut pas oublier que ce sont des indigents que l'on assiste, et que les secours donnés seraient souvent détournés de leur but ou annulés par inintelligence, et, de plus, les malheureux malades resteraient exposés aux conseils pernicieux de l'ignorance, qui feraient bien vite oublier ceux du médecin. Nous le constatons assez chaque jour.

Deux petites salles au chef-lieu de canton seraient suffisantes et ne comporteraient pas plus de dépenses que tout autre système. La commission cantonale se chargerait de trouver le logement et le personnel nécessaires.

Cette organisation aurait encore l'avantage de mettre fin, ou à peu près, à l'exercice illégal de la médecine, que les communautés pratiquent d'une façon vraiment scandaleuse, au grand détriment de la santé publique.

Quelques communes pourront se trouver gênées par l'impôt qui leur incombera ; mais si toutes pouvaient le payer facilement, il n'y aurait aucune difficulté. Il ne faut pas oublier que les communes rurales sont d'un égoïsme féroce et que toutes auront besoin que l'obligation leur soit imposée.

Enfin, cette organisation de l'assistance médicale dans les campagnes devient une nécessité impérieuse, et le but à atteindre vaut bien la peine qu'on fasse quelques sacrifices. On remarquera que, dans ce projet, si la commune paie dans la mesure de ses forces, au moins elle conserve une liberté et une initiative suffisantes. Il évite aussi l'inconvénient de faire des médecins une nouvelle classe de fonctionnaires.

Il porte tout naturellement à l'exercice illégal de la médecine un coup mortel et rend ainsi un grand service à notre pays, car, avant peu, il faudra une loi pour obtenir ce résultat, et elle ne sera pas exécutée sans de grandes difficultés.

Le mode d'organisation que je propose est simple, complet et pratique. Tout projet qui ne remplira pas ces trois conditions fera perdre beaucoup de temps et d'argent.

Les dépenses seraient faciles à calculer, puisqu'elles seraient sensiblement les mêmes pour tous les cantons et comprendraient pour chacun :

1° La location du logement et la solde du personnel.
2° La literie et l'ameublement.
3° Le chauffage et les médicaments.
4° L'alimentation des malades, en supposant une moyenne de douze lits, dont six continuellement occupés.
5° Les honoraires du médecin.

FROUIN.

St-Nicolas-du-Pelem (Côtes-du-Nord), 20 février 1888.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). – Imprimerie DAIX frères, place St-André, 3.

Dixième année **N° 11** 17 Mars 1888

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE :

REVISION DE LA LÉGISLATION MÉDICALE

Grâce aux efforts du député de la Drôme et à la bonne volonté du gouvernement, le projet de loi *Chevandier* est à peu près en tête de l'ordre du jour de la Chambre.

En le faisant inscrire au rang qu'il occupe, notre éminent confrère a pu lui faire attribuer la priorité sur 44 autres propositions qui figurent depuis longtemps à l'ordre du jour.

Nous avons tout lieu de croire que la loi sur la revision de la législation viendra en première délibération aussitôt après les vacances de Pâques.

Le moment est venu pour les membres du *Concours médical*, et pour les *Syndicats* de renouveler dans les départements et à Paris, leurs instances auprès de leurs députés. Si, comme nous le croyons, l'*Association générale* et toutes les *Sociétés médicales* secondent leurs efforts, nous pouvons espérer une heureuse solution.

Le *Conseil de direction* du Concours et le *Bureau de l'Union des Syndicats* se réuniront et aviseront aux mesures les plus efficaces pour faciliter la tâche du promoteur de la revision.

A. C.

LA SEMAINE MÉDICALE

Influence de l'alcool sur la dégénérescence de la race.

MM. *Mairet* et *Combemale* (1) ont mis en lumière, par des expériences sur les animaux, l'influence dégénérative de l'alcoolisme sur les descendants à plusieurs degrés.

Dans un cas, un chien intoxiqué chroniquement par l'alcool et accouplé avec une jeune chienne saine a engendré douze chiens qui ont succombé tous en 67 jours, les uns morts-nés, les autres morts d'attaques épileptiformes, d'entérite vermineuse, de tuberculose pulmonaire et péritonéale ; en faisant leur autopsie, on leur a trouvé des lésions qui doivent être rattachées à la dégénérescence alcoolique, épaississement des os du crâne, sutures précoces, adhérences entre la dure-mère et les os crâniens, différences de poids entre les hémisphères, dégénérescence graisseuse du foie.

Une chienne vigoureuse et intelligente est soumise pendant les trois dernières semaines de la gestation à l'intoxication aiguë par l'absinthe de débit ; elle met bas 6 petits : 3 sont morts-nés ; deux sont bien développés physiquement, mais peu intelligents ; le troisième, une chienne, a une croissance difficile, des défectuosités intellectuelles et une anosmie notable.

Cette chienne, qui présentait ainsi déjà des signes de dégérescence du système nerveux, s'accouple avec un chien vigoureux et intelligent et met bas trois chiens. Parmi ceux-ci l'un est atteint de plusieurs vices de conformation (pied-bot, atrophie des orteils, gueule de loup, etc.), un autre meurt athrepsique avec persistance du trou de Botal, le troisième

(1) *Académie des Sciences*, 5 mars 1888.

est atteint de carreau et d'atrophie du train postérieur.

Ainsi, dans ce cas, les dégénérescences étaient bien plus accentuées à la seconde génération.

De la sollicitation expérimentale des phénomènes émotifs chez les sujets en état d'hypnotisme. — Action des médicaments à distance. — (Rapport de M. Dujardin-Beaumetz, sur les expériences de M. Luys (1).

C'est sous ce titre, on s'en souvient, que M. Luys avait communiqué à l'Académie le récit des expériences faites par lui et dans lesquelles des médicaments enfermés dans des tubes et placés à quelque distance de sujets hypnotisés avaient déterminé chez ceux-ci leurs effets physiologiques ordinaires. Cette constatation d'une action possible des médicaments à distance pouvait entrainer de graves conséquences médico-légales ; aussi l'Académie nomma-t-elle une commission chargée de vérifier les expériences de M. Luys.

M. Dujardin-Beaumetz, au nom de cette Commission, a donné lecture du résultat de ses travaux, dans un rapport remarquable dont voici les principaux passages :

« Dans sa communication, M. Luys, reprenant à nouveau les expériences de MM. Burot et Bourru (de Rochefort) et leur donnant l'appui de sa haute autorité, s'efforçait de montrer que des substances médicamenteuses placées à distance ou au contact de sujets en état d'hypnotisme pouvaient provoquer certains symptômes et en particulier des symptômes émotifs variant avec la substance médicamenteuse employée ; et en terminant, il appelait l'attention de l'Académie sur les conséquences qui découlaient de pareilles expériences : les unes ayant trait à la thérapeutique à laquelle elles ouvraient un horizon nouveau, les autres ayant trait à la médecine légale, car ces mêmes phénomènes produits à distance pouvaient modifier et bouleverser, sans en laisser de trace, l'organisme des sujets hypnotisables, et cela, à ce point que la mort pouvait être la conséquence de pareilles manœuvres.

Cette communication, qui devait avoir en dehors de cette enceinte un si grand retentissement et qui fut reproduite avec empressement par toute la presse médicale et politique, produisit une légitime émotion sur les bancs même de cette Académie, et notre secrétaire perpétuel, interprète de ce sentiment unanime, signalait la gravité de cette communication et réclamait que les conclusions de notre collègue fussent soumises à une discussion des plus approfondies, à défaut d'une Commission chargée d'examiner et de vérifier ces faits.

C'est alors que sur la proposition de M. Roger, qui demandait que M. Luys voulût bien reproduire devant quelques-uns de ses collègues les expériences dont il venait de parler afin d'en assurer la véritable explication, proposition appuyée par MM. Larrey, Brouardel et par moi-même et acceptée par M. Luys, l'Académie décida à l'unanimité qu'une Commission de cinq membres serait chargée d'examiner les faits rapportés par notre collègue (2).

Le premier soin de la Commission fut de fixer les limites de ses recherches et de ses travaux.

Dans une première séance, M. Luys reproduirait ses expériences telles qu'il avait l'habitude de les faire ; puis, dans des séances ultérieures, notre collègue, dont on ne saurait trop louer l'empressement à se mettre à la disposition de la Commission académique, renouvellerait ces mêmes expériences, mais alors avec un dispositif spécial dont la Commission fixa exacteme[nt] les bases.

Comme dans de pareilles recherches, pour évite[r] toute cause d'erreur, il était important que ni le suje[t] en expérience, ni l'expérimentateur, ni même les mem[-] bres de la Commission eussent connaissance des sub[s-] tances médicamenteuses employées, il fut décidé q[ue] la préparation de ces substances serait confiée à un[e] personne étrangère à la Commission. Ce fut M. Vigie[r] pharmacien, sur la discrétion et la sincérité duquel [la] Commission pouvait compter, qui fut chargé de [ce] soin.

M. Vigier remit donc à la Commission seize tube[s] dix de ces tubes renfermaient chacun 10 gramm[es] d'une solution médicamenteuse. Ces tubes, semblabl[es] à ceux dont se sert M. Luys, étaient absolument id[en-] tiques entre eux, et cela à ce point que l'œil même [le] plus exercé n'y pouvait trouver de différence.

Six autres tubes renfermaient des substances à l'[état] de poudre ; ils étaient enveloppés de papier blanc adh[é-] rant aux parois du verre et empêchant absolument [de] voir le contenu de ces tubes qui étaient aussi semb[la-] bles entre eux.

Des numéros d'ordre étaient appliqués sur cha[cun] de ces tubes, et des plis cachetés, reproduisant ces nu[-] méros, permettaient de connaître à un moment do[nné] leur contenu.

Un tube vide, identique quant à l'extérieur aux pré[-] cédents, fut joint aux seize tubes dont je viens de parle[r].

Il me reste maintenant à dire comment la com[mis-] sion entendait diriger ces recherches.

M. Luys choisirait le sujet qu'il croirait le plus a[pte] à reproduire devant la commission les effets qu'il a[vait] observés et qu'il avait décrits dans sa communicati[on] et il placerait ce sujet dans les conditions les plus [fa-] vorables pour mener à bien de pareilles expériences puis, notre collègue, mettant en usage la méthode ex[-] périmentale qu'il a instituée, utiliserait, en les ch[oi-] sissant au hasard, les tubes dont je viens de parler, [et] on noterait avec grand soin dans des procès-verba[ux] acceptés par M. Luys et les membres de la Commissi[on] les différents symptômes qui se produiraient sous l'in[-] fluence de chacun de ces tubes.

Comme, dans sa communication, M. Luys affirm[ait] qu'il avait obtenu avec les mêmes substances médi[ca-] menteuses des résultats sensiblement similaires, la C[om-] mission décida, en outre, que l'on changerait qu[el-] ques-uns des numéros des tubes contenant des so[lu-] tions médicamenteuses et que l'on expérimenterait [à] nouveau ces tubes ainsi modifiés. Un pli cacheté [de-] vait contenir la transposition des numéros ainsi opéré[e]. Puis, lorsque la commission se reconnaitrait suffis[am-] ment édifiée par les différentes expériences faites s[ous] ses yeux, elle procéderait à l'ouverture des plis cach[e-] tés et comparerait entre elles les observations con[te-] nues dans les procès-verbaux.

Dans la première séance, M. Luys, après avoir mo[n-] tré sur une de ses malades — la nommé Gabrielle [—] les différentes phases de l'hypnotisme — périodes [de] léthargie, de catalepsie et de somnambulisme luci[de] et la marche et l'enchaînement que suivent, selon l[ui] ces différentes périodes, prit comme sujet d'expérie[nce] la nommée Esther sur laquelle ont été reproduites [la] plupart des recherches dont il est question dans [la] communication de notre collègue.

Par l'occlusion des paupières, M. Luys plaça ce s[u-] jet dans un état qu'il considère comme la première [pé-] riode de l'état hypnotique, la phase léthargique, [ca-] ractérisée essentiellement par l'apparition d'une hy[pe-] rexcitabilité neuro-musculaire toute spéciale au niv[eau] de certains points de l'économie et, en particuli[er] à la région brachiale, hyperexcitabilité appréciab[le] par la production de contractures déterminées [par] le simple effleurement de la peau au niveau [de l'] avant-bras. C'est dans cette période léthargi[-] que, suivant M. Luys, se produirait l'action des mé[dica-] ments placés à distance. Ces phénomènes, comme il [le] dit d'ailleurs avec grand soin dans sa communicatio[n] suivraient sous l'influence stimulatrice de ces médi[ca-] ments une période ascensionnelle, puis une péri[ode] d'état et enfin une période de déclin lorsque l'acti[on]

(1) *Académie de Médecine*, 6 mars.

(2) La Commission était ainsi composée : MM. Hérard, président, Bergeron, Brouardel, Gariel et Dujardin-Beaumetz, rapporteur.

stimulatrice cesserait de se faire sentir, période de déclin dans laquelle on verrait se reproduire, mais dans un ordre inverse, les symptômes qui sont apparus dans la période d'augment.

Les tubes dont se servit M. Luys à cette première séance sont ceux dont il a fait usage dans toutes ses recherches ; la plupart portent une étiquette sur laquelle est inscrit le nom du médicament.

Une fois la malade dans la période léthargique, M. Luys prend un de ses tubes et le place d'abord sur le côté gauche du cou, puis sur le côté droit ; il le présente ensuite, à distance cette fois, devant les différents organes des sens, oreilles, yeux, bouche et il termine en plaçant le tube, toujours à distance, en avant du cou.

Les phénomènes émotifs ou autres se produisent presque immédiatement après l'application des tubes. M. Luys, avant de commencer une nouvelle expérience, a soin de constater par des passes faites légèrement au niveau des avant-bras, que la malade est bien revenue à la période léthargique.

Dans cette première séance, la Commission vit se reproduire sous ses yeux les principaux phénomènes que M. Luys a décrits dans sa communication, et l'action à distance du sulfate de spartéine, de l'essence de thym, de l'ipéca et enfin du haschich fut identique à la description qu'en a donnée notre collègue. Les symptômes que M. Luys avait soin de nous faire connaître avant l'application de chacun des tubes suivaient exactement la marche et l'évolution qu'il nous avait signalées, et de nombreuses photographies permettaient de comparer l'exactitude de la description faite par notre collègue avec ce qui se passait sous nos yeux.

Trois autres séances furent consacrées à l'examen des différents tubes fournis par M. Vigier ; la marche adoptée dans chacune d'elles fut identique à celle que M. Luys avait suivie dans la première séance et le sujet en expérience fut toujours la même Esther.

Ce qui frappa surtout la Commission dans cette nouvelle série de recherches et avant l'ouverture des plis cachetés, ce furent les points suivants : d'abord *la similitude des phénomènes observés, quel que fût le tube dont on se servit* — ce qui paraît résulter de la symptomatologie très limitée des phénomènes provoqués sous l'influence des tubes mis en expérience. Cette symptomatologie se rapporte en effet aux manifestations suivantes : à des contractures plus ou moins généralisées qui vont même quelquefois jusqu'à l'opisthotonos, à des mouvements passionnels et en particulier à des mouvements de colère ou de joie, à des sentiments émotifs variables, soit de terreur ou de tristesse, soit de gaiété ou de satisfaction, à des phénomènes d'asphyxie, d'apnée et de congestion du cou et de la face, surtout lorsque le tube est placé en avant du corps thyroïde, enfin à des périodes de somnambulisme dans lesquelles la malade répond aux questions qu'on lui adresse et manifeste à haute voix les sentiments qu'elle éprouve. En dehors de ces symptômes, que l'on trouve notés dans presque toutes les observations, peu ou pas d'autres manifestations bien nettes et bien appréciables de telle sorte qu'il était pour ainsi dire impossible à la Commission, avant l'ouverture des plis cachetés, de dire à quel médicament on pouvait attribuer la production de phénomènes aussi mobiles et aussi changeants. Je dis aussi mobiles et aussi changeants, parce que par un fait que nous n'avons jamais vu se produire dans l'action pharmaco-dynamique des substances médicamenteuses et toxiques, le même médicament placé à droite et à gauche paraît, comme l'a d'ailleurs fort bien dit notre collègue dans sa communication, produire des effets dissemblables. C'est ainsi que chez le sujet qui a servi à nos expériences, le tube placé du côté gauche provoquait le plus souvent des sentiments de terreur, de tristesse et de répulsion, tandis que le même tube appliqué du côté droit amenait le rire, la joie et la satisfaction.

Un autre point, tout aussi important, avait frappé la Commission, c'est l'action du tube vide. Cette action a été des plus marquées et des plus énergiques, et même plus intense qu'avec la plupart des tubes contenant des solutions médicamenteuses. En effet, si l'on se reporte à la relation des phénomènes provoqués par ce tube vide, on voit que, placé à gauche, il produisit de la contracture de tout le côté gauche, puis une contracture généralisée à tout le corps ; que mis devant les yeux, il provoqua une terreur invincible et telle que la malade recula très vivement en repoussant le fauteuil sur lequel elle était assise. Ces mêmes phénomènes se reproduisirent avec plus d'intensité lorsque le tube fut placé sur la partie latérale droite du cou. Enfin, ce même tube vide, présenté au-devant du cou, provoqua le gonflement du corps thyroïde, la congestion de la face, de l'apnée et du cornage.

M. Luys est porté à attribuer ces phénomènes si accusés à l'éclat du verre mis en expérience. A l'appui de son dire il recouvrit le tube d'une enveloppe noire et alors il ne se produisit aucun effet appréciable sur la malade. La Commission croit devoir faire remarquer, toutefois, que les tubes contenant des solutions médicamenteuses avaient un éclat au moins égal, sinon supérieur, à celui du tube vide.

Quand la Commission eut ainsi suivi les expériences faites par M. Luys avec les différents tubes que M. Vigier lui avait remis, elle procéda à l'ouverture des plis cachetés.

Elle constata alors qu'aucune relation ne paraissait exister entre les symptômes manifestés et le tube mis en expérience.

Pour bien mettre en lumière ce fait, je puiserai quelques exemples dans les procès-verbaux des séances annexés à ce rapport.

Voici, par exemple, l'action comparée des effets produits par le tube n° 10 et par le tube n° 5. Le premier de ces tubes renfermait 4 centigrammes de sulfate de strychnine pour 10 grammes d'eau. Placé du côté gauche du cou, il produisit les phénomènes suivants : la malade se gratta la tête, le tronc, les jambes, retira son peigne et se décoiffa ; elle se frotta les yeux, puis elle prononça quelques paroles : je ne vois pas, je n'entends plus ; je suis trop jeune pour être aveugle, dit-elle, et en même temps elle fait des gestes comme si elle cherchait à se diriger dans l'obscurité.

Placé à droite du cou, ce même tube amena le sourire ; la malade exprime sa satisfaction ; elle dit qu'elle voit, qu'elle entend et elle parle avec reconnaissance de M. Luys qui, depuis 7 ans, dit-elle, lui donne ses soins.

Placé en avant du cou, le tube amena l'apnée et la suffocation.

Il est bien difficile de trouver dans ce tableau symptomatique la moindre trace de l'action pharmaco-dynamique, que nous connaissons tous, du sulfate de strychnine, et, par une coïncidence fort étrange, c'est une des rares observations où nous n'avons observé ni contractures, ni convulsions.

Avec le tube n° 5, qui renfermait 4 centigrammes de nitrate de pilocarpine pour 10 grammes d'eau, on constate, au contraire, lorsqu'il est placé à gauche du cou, des contractures très violentes de tout le corps, du strabisme et de la contraction des pupilles. — Ces phénomènes sont encore plus accusés quand le tube est placé à droite, et quand il est mis à distance en avant du cou, il survient de l'opisthotonos, de l'apnée et du gonflement du corps thyroïde.

Comme on le voit, rien dans ce tableau qui puisse rappeler l'action sialalogue si intense de cette substance.

Cette même bizarrerie d'action se retrouve avec le chlorhydrate de morphine.

Le tube n° 6 renfermait 4 centigrammes de morphine pour 10 grammes d'eau, et, quand on se reporte aux phénomènes produits par ce tube, voici ce que l'on constate :

Placé à gauche, ce tube produit de la contracture, avec expression de terreur, puis d'extase.

Placé à droite, expression de gaieté et de tendresse ; en avant de l'oreille gauche, terreur. En avant de l'oreille droite, gaieté. Devant les yeux, sensation d'effroi. Devant le cou, apnée, congestion du corps thyroïde. La face devient vultueuse ; cornage.

Je pourrais citer encore les effets obtenus avec le tube n° 8 contenant 4 centigrammes de sulfate de spartéine

pour 10 grammes d'eau. Placé à gauche, il provoque le sourire, une augmentation des mouvements respiratoires, puis une contracture qui frappe les deux côtés du corps avec opisthotonos.

Placé à droite, la malade exprime la gaieté, elle rit, elle parle : « Laissez moi, dit-elle ; il veut me violer, je ne veux plus. » Elle s'agite, exprime la colère, donne des coups de pieds et repousse violemment de la main gauche un être imaginaire.

Les effets produits par les tubes renfermant des poudres sont tout aussi incertains et tout aussi incoordonnés et les manifestations ne sont nullement en rapport avec la substance mise en expérience. C'est ainsi que le tube n° 4 contenant de la poudre de charbon, placé sur le côté gauche du cou, amène d'abord le sourire, ensuite la contracture des paupières, enfin les larmes et des gémissements. Quand on place ce tube à distance de l'oreille gauche, la malade incline la tête de ce côté comme si elle voulait écouter ; elle penche la tête davantage à mesure que le tube s'éloigne, de telle sorte que l'inclinaison devient extrême quand le tube est très loin. — Les sensations sont inverses, lorsque le tube est présenté du côté de l'œil gauche ; la malade recule au fur et à mesure que le tube avance.

Lorsqu'on place le tube à droite du cou, les contractures qui avaient apparu à gauche disparaissent pour apparaître à droite. En avant de l'œil droit, la malade tourne la tête vers le tube qui semble la fasciner et produire sur elle une véritable attraction. Elle le suit du regard et se frotte les yeux comme si elle voulait distinguer le contenu du tube.

Le cannabis indica, contenu dans le tube 5, amène des contractures quand le tube est placé à gauche du cou. Les bras se portent en dedans, les épaules se rapprochent et il survient du strabisme avec légère dilatation de la pupille. Placé à droite, la malade se recule, éprouve un sentiment de répulsion, pleure, sanglote, des larmes coulent de ses yeux et elle prononce quelques paroles : méchant, dit-elle.

L'ipéca (tube n° 3), contrairement à ce qui s'était passé dans les expériences antérieures faites par M. Luys devant la Commission, n'a produit aucun phénomène appréciable.

Placé à gauche ou à droite du cou, ou en avant des organes des sens, ce tube est resté absolument inactif.

Les tubes 3, 4 et 5 furent les seuls, renfermant des poudres, mis en expérience par la Commission.

Mais ce qui montrera mieux que je viens de le faire l'étrange mobilité et l'extrême incertitude des phénomènes produits par les substances médicamenteuses placées à distance, c'est que la même substance amène chez le même sujet des phénomènes absolument différents.

Dans les dix tubes renfermant des solutions, remis par M. Vigier il s'en trouvait trois : les tubes 1, 4, 7, qui renfermaient de l'eau distillée, et, si l'on se reporte aux procès-verbaux des séances, on voit que ces trois tubes ont produit des effets dissemblables.

Enfin, pour donner plus de poids à cette démonstration, la Commission a pu constater que le même médicament, expérimenté à 8 ou 15 jours d'intervalle, a produit des effets dissemblables.

C'est ainsi que les tubes n° 3 et n° 6 renfermant, le 1er de l'eau distillée de laurier-cerise, le 2e du sulfate d'atropine, ont été expérimentés deux fois sous des numéros différents.

Dans l'une des expériences, avec le sulfate d'atropine la Commission remarqua l'étroitesse de la pupille.

Fidèle à la tâche qui lui avait été confiée, la Commission a pensé que sa mission était ici terminée, et que, tout en reconnaissant l'extrême bonne foi de M. Luys, il lui suffisait d'avoir montré que les effets produits par des médicaments placés à distance chez des sujets hypnotisables, paraissaient dépendre plus des caprices, de la fantaisie et du souvenir du sujet mis en expérience que des substances médicamenteuses renfermées dans les tubes employés dans ce cas.

Aussi, vous propose-t-elle à l'unanimité d'adopter comme conclusion la résolution suivante :

« La Commission nommée par l'Académie de médecine pour examiner les faits avancés par M. Luys dans la séance du 30 août 1887, au sujet de l'action des médicaments à distance sur les sujets hypnotisables, émet l'avis qu'aucun des effets constatés par la commission n'est en rapport avec la nature des substances mises en expérience et que, par conséquent, ni la thérapeutique, ni la médecine légale n'ont à tenir compte de pareils effets. »

Valeur de l'érythrophléine en ophthalmologie. (1)

M. *Panas* a conclu des expériences de contrôle qu'il a faites sur cette substance, sur laquelle l'attention a été attirée récemment :

« Que l'érythrophléine est inférieure comme anesthésique à la cocaïne ;

« Que les douleurs et les phénomènes d'irritation que produit son application rendent cette substance impropre pour toutes les opérations sur les yeux ;

« Qu'enfin, en répétant les instillations avec la cocaïne, on obtient une anesthésie tout aussi durable que celle de l'érythrophléine. »

Prophylaxie publique de la syphilis *(suite)*.

LES VÉNÉRIENS DANS LES HOPITAUX DE PROVINCE.

M. *Dujardin-Beaumetz* rectifie un chiffre qu'il avait indiqué dans la précédente séance. C'est non pas 2,000 filles inscrites comme prostituées qu'il y a à Paris, comme il l'avait dit, mais 4,591 dont 772 en maisons.

M. *Fournier* déclare que dans un but de conciliation la Commission a modifié la rédaction de ses conclusions afin d'obtenir l'approbation de l'unanimité des membres de l'Académie, — unanimité indispensable pour que les conclusions de l'Académie puissent peser de quelque poids sur les pouvoirs publics.

Voici la rédaction nouvelle :

Art. IV. — Ces divers ordres de provocation ayant pour conséquence la dissémination des maladies syphilitiques, l'Académie réclame des pouvoirs publics un ensemble de mesures réglant et fortifiant l'intervention administrative et permettant d'atteindre la provocation partout où elle se produit.

Art. V. — La sauvegarde de la santé publique exige que les filles se livrant à la prostitution soient soumises à l'inscription et à la surveillance médicale.

Art. VI. — L'Académie émet le vœu que l'inscription des filles se livrant à la prostitution ne soit prononcée que sous la sauvegarde du droit commun.

Art. VII. — Toute fille qui sera reconnue, après examen médical, affectée d'une maladie vénérienne, sera internée dans un asile sanitaire spécial.

Cet asile sera exclusivement ce qu'il doit être, à savoir un hôpital, dont les malades ne pourront sortir qu'après guérison des accidents transmissibles.

Art. VIII. — Les filles inscrites seront soumises à une visite hebdomadaire, visite complète et de date fixe.

Art. IX. — Les mesures de surveillance et de prophylaxie qui fonctionneront dans la capitale seront rendues rigoureusement exécutoires dans les départements.

En province, les filles reconnues affectées de maladies vénériennes seront hospitalisées dans un service spécial.

M. *Trélat*, qui avait préparé un discours pour

(1) Académie de médecine, 5 mars.

combattre les premières conclusions de la Commission, se déclare prêt à accepter celles-là.

M. *Legouest* fait observer que la conclusion relative à l'hospitalisation des vénériennes est inapplicable dans beaucoup de villes de province, où les hôpitaux sont régis par un cahier des charges, qui refuse l'entrée aux vénériens, parce que ces hôpitaux sont desservis par des sœurs et parce que souvent un pensionnat de jeunes filles y est annexé.

M. *Fournier* pense que ces difficultés existent, mais pourront être surmontées. Il n'ignore pas combien le traitement hospitalier des vénériens est rudimentaire en province et espère que l'attention des municipalités sera heureusement éveillée sur ce point par la discussion actuelle.

M. *Legouest* ajoute que, dans certaines localités, la municipalité elle-même s'oppose à l'établissement de dispensaires et même de maisons de tolérance.

« J'ai été frappé autrefois, dit-il, dans une petite localité que je ne nommerai pas, du grand nombre de vénériens qui s'y trouvaient, et je me plaignis au colonel de la facilité avec laquelle ses hommes contractaient la vérole ; il me répondit en avoir fait plusieurs fois l'observation au maire, mais sans résultat. Je rencontrai le maire, qui était un homme instruit, et lui demandai d'installer un dispensaire et une maison de tolérance, en échange des bénéfices que rapportaient à la ville des droits d'octroi portant sur les matières consommées par la garnison. Il me répondit que « tant qu'il aurait l'honneur d'être à la tête de la municipalité de cette commune, il ne commettrait pas une pareille infamie ».

Dans ces circonstances, j'ai fait mon devoir : j'ai informé le ministre de la guerre, qui a informé le ministre de l'intérieur, lequel en a fait part à M. le préfet, qui a écrit à M. le maire, lequel n'a rien fait du tout. » (Rires.)

QUINZAINE CHIRURGICALE.

Chirurgie des voies biliaires (1).

M. le docteur Terrillon a eu l'occasion d'observer un très intéressant cas de dilatation de la vésicule biliaire. C'était chez une femme de 24 ans, elle n'avait jamais eu d'ictère, et, depuis quelque temps, elle était devenue dyspeptique et elle maigrissait. Un jour elle s'aperçut, par hasard, qu'elle avait dans le flanc droit une tumeur du volume d'une tête de fœtus, résistante et un peu douloureuse. La matité de cette tumeur se continuait avec celle du foie. M. Terrillon pratiqua la laparotomie médiane dans une longueur de 8 centimètres ; une poche liquide, dépendant du bord inférieur du foie se montre ; aussitôt il en sort, par la ponction, un liquide clair comme de l'eau, puis lactescent. La poche contient un calcul du volume d'une cerise, puis deux autres, dont l'un était enchatonné aux environs du canal cystique. L'opération fut terminée par la suture de la poche à l'incision cutanée. La malade guérit fort bien et, deux mois après, une fistulette qui avait succédé à l'opération était fermée au moyen d'une cautérisation au thermo-cautère. M. Polaillon, rapporteur de l'observation de M. Terrillon, a rappelé quelques points intéressants de la cholécystotomie.

(1) *Académie de médecine,* 14 février 1888.— *Bulletins de la Société de chirurgie* 1887

L'incision abdominale de choix est latérale, droite au niveau du bord interne du muscle droit à partir du rebord des fausses côtes ; on peut la compléter, si cela est utile, par une transversale perpendiculaire à l'extrémité inférieure de la première. M. Terrillon la fit médiane dans son cas parce qu'il voulait pratiquer la laparotomie exploratrice avant de se décider à l'intervention radicale.

Une fois la vésicule reconnue, il faut l'attirer au dehors et prendre immédiatement un parti si l'on veut faire la suture de la peau après incision de la vésicule, ou bien extirper celle-ci ; en somme, choisir entre la cholécystotomie ou la cholécystectomie.

On doit fixer avec le plus grand soin, dans la cholécystotomie, la vésicule incisée à la peau, afin d'éviter tout écoulement de bile dans le péritoine.

Une fois la vésicule ouverte et suturée, on doit explorer la cavité et, si elle contient des calculs, les extraire. Quand ils siègent à l'orifice des canaux cystique et cholédoque, et qu'ils sont plus ou moins solidement fixés, il faut tâcher de les enlever. Cependant, dans quelques cas où cette ablation n'a pu être faite, on les a vus s'éliminer spontanément pendant les jours qui ont suivi. Quand il faut toutefois faire des manœuvres de force pour extraire les calculs, il vaut mieux les abandonner aux efforts de la nature. Dans un cas, nous avons vu des manœuvres d'extraction trop prolongées entraîner une perforation du canal cystique ; cette lésion méconnue pendant l'opération causa la mort, les jours suivants, par épanchement de bile dans le péritoine.

Le diagnostic de distension de la vésicule biliaire n'est pas toujours facile ; en effet, il existe des cas dans lesquels il n'y a jamais eu d'accidents hépatiques appréciables, pas d'ictère, pas de coliques hépatiques ; l'année dernière nous avons vu un cas de distension de la vésicule chez une femme qui n'avait jamais eu ni coliques hépatiques, ni ictère. D'autres fois un ictère très passager a été le signe du début des accidents, mais combien d'individus peuvent être atteints d'ictère catarrhal passager et n'avoir jamais de calculs biliaires. Il y a quelque temps nous avons observé dans le service de M. le professeur Trélat une jeune femme chez laquelle nous reconnûmes une dilatation de la vésicule, et qui n'avait eu un peu d'ictère, très passager d'ailleurs, que 6 ans auparavant.

Les troubles dyspeptiques persistants, quand ils coïncident avec une tumeur de la région vésiculaire, semblent avoir une valeur diagnostique plus importante.

Les caractères de la tumeur vésiculaire ne sont pas toujours faciles à reconnaître, et les erreurs de diagnostic sont fréquentes.

C'est toujours une tumeur du côté droit, naturellement, plus ou moins rapprochée de la ligne médiane ; sa matité se continue avec celle du foie, c'est là un signe de valeur ; mais très souvent elle présente une mobilité très grande latéralement et ce

fait a causé beaucoup d'erreurs. Dans un cas que nous avons très présent à l'esprit, on sentait dans l'abdomen une tumeur dure, très mobile latéralement, pouvant se déplacer de l'hypochondre droit vers le gauche avec la plus grande facilité. Un grand nombre de chirurgiens avaient porté le diagnostic de rein flottant ; on fait la laparotomie et on trouve une vésicule biliaire très allongée, distendue, résistante et surtout très mobile ; elle était rattachée au foie par un pédicule aplati, un mésocyste très développé.

Dans tous les cas que nous avons observés, il y avait un signe important qui ne se rencontre pas dans le rein mobile. Les vésicules dilatées sont bien mobiles transversalement, mais elles ne s'abaissent point de haut en bas et elles sont toujours fixées par leur partie supérieure au foie avec lequel elles se déplacent dans les mouvements respiratoires.

La cholécystotomie donne, d'après le rapport de M. Polaillon, une mortalité de 16 % ; c'est donc une opération assez sérieuse qui peut être suivie d'accidents graves.

M. Thiriar, chirurgien des hôpitaux de Bruxelles, a récemment donné à la Société de chirurgie des renseignements sur les malades, au nombre de quatre, chez lesquels il a pratiqué l'extirpation de la vésicule biliaire. Tous ont guéri de l'opération et ont été débarrassés complètement des souffrances et des malaises que leur causait la lithiase biliaire.

Le dernier malade opéré par M. Thiriar est des plus intéressants : c'était un curé de 52 ans, tourmenté depuis une vingtaine d'années par des accès presque continuels de coliques hépatiques très douloureuses. Depuis près d'une année l'ictère était devenu permanent, la maigreur très grande. Il existait un point douloureux très marqué au niveau de la vésicule biliaire. La laparotomie fut pratiquée le 25 octobre 1887 ; la vésicule biliaire était rétractée, introuvable et, chose singulière, les calculs étaient disséminés dans d'autres régions. L'un se présenta directement au moment de l'ouverture du péritoine, un autre était logé sous la muqueuse du mésocôlon transverse ; enfin, il en existait un amas au-dessus du duodénum, au voisinage du canal cholédoque.

Tous ces calculs furent extraits, le ventre refermé. Il n'y eut aucune complication dans la suite, si bien que 10 jours après l'opération, le curé pouvait rentrer dans sa paroisse. L'ictère a disparu, le malade a engraissé, la constipation dont il était atteint a cessé ; en somme, cet homme a été délivré, par l'intervention hardie de M. Thiriar, d'une longue et douloureuse affection.

De la névralgie sciatique des variqueux (1).

M. le Dr Quénu avait déjà attiré l'attention, en 1882, sur les lésions des nerfs des membres atteints de varices. Il a été frappé depuis cette époque par le nombre relativement grand de variqueux qui présentent de la névralgie sciatique. Sur 67 malades

(1) Société de Chirurgie, 8 et 15 février 1888.

atteints de varices, il l'a observée 11 fois, ce donne une proportion de 16,02 % environ, sur 36 autres sujets il y avait des douleurs à la pr sion au niveau du mollet et du creux poplité fois, 10 fois à la cuisse, 5 fois à la fesse.

En outre de ces phénomènes douloureux, tan reconnaissables à la pression au niveau des poi névralgiques de Valleix, tantôt dans d'autres poi il existe chez beaucoup de ces malades une im tence marquée du côté des membres atteints. Ce faiblesse des membres est même très marquée da certains cas et rend quelques personnes absolume incapables de faire une marche un peu longue. Ge drin avait signalé autrefois la relation clinique semblait exister entre les varices et certaines n vralgies sciatiques. Pour M. Quénu, la cause ana mique de la névralgie est l'existence des varices da l'intérieur des troncs nerveux et spécialement da l'intérieur du nerf sciatique. Les vaisseaux dila produisent une névrite de voisinage, d'où une ca d'irritation permanente se traduisant par des ph nomènes douloureux. Les meilleurs moyens de co battre les sciatiques qui se montrent chez les va queux est pour Quénu l'application d'un bas élas que remontant jusqu'à la racine de la cuisse.

M. Berger ne partage pas complètement la m nière de voir de M. Quénu ; d'après lui, les variqueu souffrent aussi de douleurs musculaires diffuses du à l'état de congestion habituelle des muscles pa courus par des veines variqueuses. Cette objecti ne semble pas expliquer à M. Quénu les douleu du creux poplité, région où il n'y a point de muscle d'ailleurs, pour lui, les douleurs musculaires so dues à l'irritation des branches périphériques du n sciatique. M. Schwartz pense qu'à côté des névr gies dues aux névrites des nerfs profonds, il faut gnaler des douleurs superficielles dues à des va ces extra-nerveuses. Chez un malade atteint d'u névralgie opiniâtre du nerf saphène interne, il pu obtenir la guérison en pratiquant la résectio d'un paquet de veines variqueuses tout en respe tant le tronc nerveux.

Des abcès froids d'origine paludéenne (1).

La récente communication de M. de Saboia, pr fesseur de clinique chirurgicale à Rio-de-Janei tend à établir une nouvelle forme d'abcès froi non liés à la tuberculose. D'après cet auteur, qu en rapporte trois observations, on peut voir, à l suite des fièvres paludéennes graves, des abcès év luant sans fièvre, dans le tissu cellulaire sous-cu tané, sans rougeur ni réaction d'aucune sorte.

Chez une malade dont il cite l'observation, femm de 34 ans, après une fièvre paludéenne de de mois, il se montra un abcès au niveau du bras dro puis à la clavicule, à l'angle inférieur de l'omoplat enfin dans beaucoup de régions du corps ; ces abc furent au nombre de 34. On trouva dans le pus d ces abcès, examiné et cultivé, les microbes de l'in fection palustre. Ce microbe ne fut pas recon dans le sang de la malade ; ces organismes inférieu

(1) Société de chirurgie, 8 et 15 février.

découverts par MM. Laveran et Richard, se présentent sous deux formes principales.

1° Des corps globuleux remplis de granulations régulièrement disposées quelquefois, pourvus de prolongements animés de mouvement amiboïdes.

2° Des corps en forme de croissant, remplis aussi de granulations rég lièrement disposées.

Il serait intéressant de connaître si ces abcès sont observés dans les pays de fièvre malarique ; nos confrères exerçant dans les régions de France, qui sont infectées par ce fléau, ou en Algérie, les ont-ils rencontrés quelquefois ? Un travail d'ensemble sur ce sujet serait des plus intéressants.

Cathétérisme rétrograde pour rétrécissement infranchissable de l'urèthre (1).

M. Tillaux présente une nouvelle observation de cathétérisme rétrograde. Un homme de 34 ans, avait eu à la suite d'une chute à califourchon, une plaie périnéale et un rétrécissement infranchissable de l'urèthre. M. Tillaux essaya d'abord l'uréthrotomie externe, il ne put trouver le bout postérieur ; immédiatement alors, il pratiqua la boutonnière sus-pubienne, et, au moyen d'une sonde métallique, il put pénétrer dans le bout postérieur du canal et débrider ce bout postérieur, puis il passa un long tube par l'hypogastre, le bout postérieur et le bout antérieur du canal.

M. Després fait tout le contraire de ce qu'on enseigne couramment. Il pratique dans ces cas une incision transversale, large et profonde, de façon à sectionner tout le tissu cicatriciel, et, faisant uriner le malade, il découvre facilement le bout postérieur par lequel l'urine s'écoule.

M. Le Dentu exécute, au contraire, l'opération proposée en 1867 par Demarquay ; il va droit jusqu'au bout de la prostate qu'il entame même quelque peu, il ouvre le canal ; puis il introduit d'arrière en avant dans celui-ci, soit une sonde cannelée, fortement recourbée, soit un instrument spécial qu'il a fait construire dans ce but ; son incision est longitudinale.

De la maladie kystique de la mamelle (2).

A propos de la présentation par M. Reclus d'une malade atteinte de tumeurs multiples dans le même sein, bilatérales, très dures au toucher, une discussion des plus intéressantes a eu lieu sur la nature réelle de cette affection, et M. Brissaud résume de la façon suivante l'anatomie pathologique de l'affection. D'abord il n'y a point de tumeurs proprement dites, mais un semis de kystes de toutes dimensions au milieu d'une glande saine. Ces kystes siègent dans les acini glandulaires ; le tissu interstitiel ne subit aucune modification et les canaux galactophores sont le plus souvent indemnes. L'épithélioma reste limité d'ordinaire à la cavité kystique.

Dans quelques points on peut observer des masses fibreuses dues à la rétrocession du tissu kystique. Dans quelques cas, d'après MM. Malassez et Brissaud, il peut se faire des bourgeons épithéliaux en dehors du kyste et il faut s'en défier.

M. Quénu a aussi pratiqué l'examen anatomique de ces tumeurs dans un cas qu'il a observé et où la mamelle était remplie de petits kystes, dont les plus gros avaient le volume d'un œuf de pigeon ; leur contenu était laiteux. D'ailleurs, cette femme, qui avait sa grosseur depuis neuf ans, l'avait vue augmenter à chaque grossesse (5 grossesses) et il y avait trois mois et demi qu'elle était accouchée pour la dernière fois.

La lésion anatomique, pour M. Quénu comme pour MM. Brissaud et Reclus, est une agglomération de kystes sans tumeurs, mais il se refuse à admettre le rapprochement qu'ils ont fait entre la maladie kystique et l'épithélioma. Pour lui, c'est une affection de la nature des cirrhoses épithéliales compliquée d'un processus irritatif du côté de l'épithélium acineux, une sclérose du tissu conjonctif péri-acineux et la formation de kystes. L'irritation épithéliale est pour M. Quénu le point de départ de la maladie kystique, et un fait l'a frappé : dans beaucoup d'observations, on a observé dans les mamelles atteintes des abcès antérieurs plus ou moins nombreux. Il propose de désigner anatomatiquement la maladie sous le nom de *cirrhose épithéliale kystique* du sein.

Un fait important ressort de la discussion, c'est la longue évolution et la bénignité de ces tumeurs ; la seule observation de malignité due à Sonnis présente, en effet, de nombreuses incertitudes.

Dr Barette.

(1) Société de chirurgie, 15 février 1888.

(2) Société de Chirurgie, 15 février et 22 février.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Limitation de la responsabilité médicale.

Le tribunal de Bougie vient de rendre un arrêt qui intéresse au plus haut point les médecins.

Il s'agit de savoir dans quelle mesure un médecin est civilement responsable des accidents, fussent-ils mortels, arrivés à ses clients.

Voici les faits :

Le 15 mars 1886, une femme de Seddouk accouche sans sage-femme, bien qu'il y en ait une dans la localité. Comme après l'accouchement elle souffrait violemment, son mari va chercher le Dr Custaud, médecin de colonisation à Akbou.

Le Dr Custaud part aussitôt, mais arrivé au bord de l'Oued-Sahel, grossi subitement par les pluies, (ainsi que cela arrive souvent en Algérie), il déclare qu'il ne peut aller plus loin et sa première visite ne put avoir lieu que le 18 mars. La femme mourait le 29.

Le mari estime que, si sa femme est morte, c'est parce que le médecin ne l'a pas vue le jour où il a cru devoir s'arrêter devant la crue de l'Oued-Sahel, et il demande des dommages au médecin. Il a été débouté de sa demande, et voici quelques-uns des considérants du jugement qui renvoie le médecin des fins de la plainte :

Attendu que, pour apprécier le mérite de la demande du mari et pour décider si la responsabilité du docteur Custaud peut se trouver engagée par

l'application des art. 1382 et 1383 du Code civil, il convient de rechercher, en premier lieu, s'il était tenu de donner ses soins à la dame L...; en second lieu, s'il a commis une faute ou une négligence coupable en ne les lui donnant pas ; et en troisième lieu, si c'est par suite de ce défaut de soins que la dite dame est décédée ;

Attendu, en premier lieu, que l'exercice de la médecine est entièrement libre, et que le médecin peut refuser de prêter son ministère lorsqu'il en est sollicité, sauf s'il en est requis légalement, sans que son refus ait besoin d'être motivé, et sans qu'il puisse entraîner pour son auteur une pénalité quelconque;

Attendu, à la vérité, que les médecins de colonisation en Algérie ont des devoirs spéciaux, et qu'ils sont notamment tenus de traiter gratuitement les indigents ;

Mais attendu que L.. n'établit pas et n'offre même pas de prouver qu'il avait été admis aux secours médicaux gratuits;

Attendu que le docteur Custaud produit au contraire la liste des indigents de Seddouk et que le demandeur L... n'y est point porté ;

Attendu que le docteur Custaud ne pouvait donc être tenu de donner ses soins à la dame L...

Attendu, en second lieu, qu'il résulte des faits et documents de la cause que, eût-il été tenu de l'obligation dont s'agit, il n'aurait commis, en ne visitant pas la dame L... dès le premier jour de sa maladie, aucune faute, aucune négligence ;

Attendu, en effet, qu'il est constant et qu'il est reconnu par le demandeur lui même que, loin de refuser à la dame L .. les secours de son art, le docteur Custaud a quitté Akbou pour les lui porter dans la matinée du 15 mars, et que s'il s'est arrêté en chemin sur les bords de l'Oued-Sahel, ç'a été uniquement dans la crainte d'être emporté par les eaux ;

Attendu qu'à ce moment il a fait parvenir au demandeur un billet ainsi conçu : « Votre dame est-elle délivrée ? Je ne puis pas passer la rivière. Répondez-moi. Dites-moi ce qui se passe. Je vous dirai ce qu'il faut faire. J'attends au bord de la rivière. Signé : Dr Custaud ; »

Attendu que le demandeur y a répondu par le mot suivant : « Elle est délivrée ; mais elle est bien souffrante. Je ne sais pas ce qu'il y a encore. Passez sur le gros cheval. Vous n'avez rien à craindre. »

Attendu que le docteur Custaud a ensuite écrit au demandeur un autre billet conçu en ces termes : « Si elle est délivrée, il est certain que vous n'avez pas à présent beaucoup à craindre. Les Arabes passent, mais en tenant le cheval au bout de la longe et ils ont de l'eau jusqu'au dessus du ventre. Je suis sûr qu'avec mon vertige je tomberais à l'eau. Je vous envoie un petit pot ; prenez de ce qu'il y a dedans (gros comme une fève), faites-le fondre dans un demi-verre d'eau sucrée et faites-le prendre par cuillerées à café, une toutes les deux heures. Faire boire du vin, pas de café. Donnez peu à manger pendant deux jours. Renvoyez-moi le pot demain si les Arabes passent, et donnez-moi des nouvelles. Signé: Dr Custaud. »

Attendu que, d'une part, le docteur Custaud a attendu environ une heure et demie sur le bord de la rivière, et que, d'autre part, l'eau montait jusqu'au crochet des étriers du cheval qui avait été mis à sa disposition ;

Attendu qu'il résulte de tout ce qui précède, que c'est par suite d'un cas de force majeure que le docteur Custaud n'a pu se rendre auprès de la dame L.... pour lui donner ses soins, et qu'il a fait, d'ailleurs, en cette circonstance, tout ce qui dépendait de lui pour remplir, avec le dévouement qui est habituel aux hommes de l'art, les devoirs de sa profession ;

Attendu, en troisième lieu, que la cause de la mort de la dame L... est absolument inconnue ; qu'elle avait d'ailleurs été visitée par le docteur Custaud durant sa maladie, le 18 mars, et qu'elle n'est décédée que le 29 du même mois, c'est-à-dire, quatorze jours après l'accouchement ;

Attendu que l'autopsie n'ayant pas été pratiquée, on ne saurait préciser la maladie à laquelle elle a succombé ;

Attendu que vainement le demandeur articule que le *placenta* a, par la faute du docteur Custaud, séjourné plus de trois jours dans l'*utérus* de l'accouchée, et que c'est à cette cause que la mort doit être attribuée ;

Attendu que ce séjour, se fût-il réellement produit, il resterait à démontrer que le docteur Custaud eût pu, par ses soins, remédier à cette situation et en conjurer les funestes conséquences ;

Attendu que, si le principe de responsabilité établi par les art. 1382 et 1383 du Code civil est applicable aux fautes dommageables commises par les médecins dans la pratique de leur art, c'est seulement lorsque l'appréciation de ces fautes n'exige pas de la part du juge l'examen des théories ou des méthodes médicales, mais a sa base dans les règles générales de bon sens et de prudence auxquelles est assujetti l'exercice de toute profession (arrêt de la Cour de Cassation du 21 juillet 1862) ;

Attendu qu'il n'y a donc pas lieu d'autoriser L... à prouver, comme il le demande subsidiairement, que le séjour de plus de trois jours des débris du *placenta* dans l'*utérus* de la femme entraîne fatalement la mort de celle-ci, ce fait n'étant ni pertinent, ni concluant ;

Attendu qu'il n'y a pas lieu davantage d'autoriser L...., comme il le demande aussi subsidiairement, à prouver que le jour où le docteur Custaud a été appelé, la rivière dite *Oued-Sahel* était praticable; que, ne l'eût-elle pas été, le docteur Custaud pouvait, en passant par le pont Takritz, se rendre chez le demandeur sans aucun danger ;

Attendu que le premier de ces faits ne peut plus être mis en discussion puisque, d'après les éléments de la cause, le tribunal a reconnu que c'était par suite d'un cas de force majeure que le docteur Custaud n'avait pas traversé la dite rivière ;

Attendu que le dernier fait articulé, fût-il établi, ne serait pas concluant, puisqu'il n'en resterait pas moins constant, d'une part, que le Dr Custaud n'était pas tenu de donner ses soins à la dame L.., d'autre part, qu'on ne saurait dire si c'est par suite de défaut de soins ou de toute autre cause que la dame L... est décédée, et que, dans de pareilles conditions, la responsabilité du dit docteur ne saurait se trouver engagée par application des articles 1382 et 1383 du Code civil;

Par ces motifs,

Déclare L... mal fondé dans ses demandes, fins et conclusions, l'en déboute et le condamne aux dépens.

Exercice de la médecine civile par les médecins militaires.

L'Association des Médecins du Puy-de-Dôme, réunie en assemblée générale le 11 novembre 1887, a reçu lecture de la communication suivante, faite par son Président, M. le docteur Nivet, de Clermont-Ferrand :

« Messieurs,

« Les officiers de santé militaires se sont livrés, depuis quelques années, à l'exercice de la médecine civile rétribuée avec une telle exagération, que les médecins civils les plus autorisés de Clermont ont cru devoir présenter, à ce sujet, leurs doléances au directeur du service de santé du 13e Corps d'armée.

« Ce dernier, après avoir pris les ordres de ses chefs, a invité ses subordonnés à cesser de pratiquer la médecine civile.

« Ses instructions ont été transmises à qui de droit avant le départ du général Bréart.

« Dans l'avenir, si les membres de l'Association de prévoyance et de secours mutuels des médecins du Puy-de-Dôme constatent que des médecins militaires sont retombés dans les habitudes qui leur ont été reprochées, ils voudront bien en prévenir le Président de la Société locale qui transmettra leurs réclamations à Monsieur le Directeur du service de santé qui en tiendra certainement compte.

« Dans le cas où, par des circonstances indépendantes de la volonté de notre honorable confrère de l'armée, les médecins militaires qui remplissent des fonctions importantes, salariées par l'Etat, continueraient de se livrer à des actes qui sont contraires aux droits et aux intérêts des médecins civils, les membres de la Société locale du Puy-de-Dôme jugeraient, sans doute, convenable d'autoriser son Bureau à avoir recours à un moyen qui a été employé, d'après ce qui a été dit par le docteur Gautrez, par la Société locale des Vosges.

« Voici les données qui ont dû servir de base aux réclamations de cette Société.

« La dernière loi sur les patentes date du 15 juillet 1880 ; elle renferme les articles suivants :

« ART. 1er. Tout individu, français ou étranger, « qui exerce, en France, un commerce, une industrie, une profession, non compris dans les exceptions déterminées par la présente loi, est assujetti à la contribution de la patente.

« ART. 17. Ne sont pas assujettis à la patente :

« § 1. Les fonctionnaires et employés salariés « soit par l'Etat, soit par les administrations départementales ou communales, en ce qui concerne « seulement l'exercice de leurs fonctions. »

« Lorsqu'en dehors de leurs fonctions, les salariés exercent une profession lucrative soumise à la patente, ils doivent payer cet impôt à l'Etat. C'est évidemment le cas des médecins militaires qui se livrent à la pratique civile rétribuée.

« Ces principes ayant été acceptés par la très grande majorité des membres de la Société locale du Puy-de-Dôme présents à la séance, les conclusions suivantes ont été votées dans la séance du 11 novembre 1887 par cette même Société :

1o Les membres de la Société locale de prévoyance et de secours mutuels des médecins du Puy-de-Dôme sont invités à signaler à leur Président, les officiers de santé militaire en exercice qui pratiqueront la médecine civile rétribuée. Lorsque les preuves de cet exercice seront suffisantes, le Président transmettra au Directeur du service de santé du 13e Corps les réclamations qui lui auront été communiquées. Les Sociétaires peuvent être assurés que ce Directeur renouvellera les défenses qu'il a déjà faites à ses subordonnés.

« 2o Si, malgré ses observations, les médecins militaires continuent de se livrer à l'exercice de la médecine civile, le Bureau de la Société locale du Puy-de-Dôme devra faire toutes les démarches nécessaires pour que la loi sur les patentes soit appliquée à ceux d'entre eux qui refuseront de se borner à remplir les fonctions qui leur ont été confiées par l'Etat.

« 3o Le Bureau devra préalablement saisir de cette question le Conseil général de l'Association de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France. »

BULLETIN DES SYNDICATS

ET DE

L'UNION DES SYNDICATS

DIRECTEUR : Dr BARAT-DULAURIER

Syndicat médical du Loiret.

Assemblée générale annuelle du 12 juin 1887.

Présents : MM. Verdureau (de Patay), *président* ; Gassot, *secrétaire-trésorier* ; Billoux, Brunet, Burger, Chipault, Dubain, Geffrier, Halma-Grand fils, Hyvernaud, Lahont, Lubet-Barbon, Martin (Edouard), Martin (Henri), Mora, Patay, *Pélissier*, Popis, Robineau, Rocher, Vacher, Veillard (de Meung), Venot, Verdureau *(d'Orléans)*.

Se font excuser : MM. Chibrac, Chpolianski, Courtade, Halma-Grand père, Vazeille, Mahy, Veillard (de Lorris), *vice-président*.

Le président fait part à l'assemblée de l'adhésion de MM. Chpolianski (de Coullons), Hyvernaud (de Lorris), Boulle (d'Orléans). Il n'a pa cru devoir convoquer spécialement le Conseil syndical pour prononcer l'admission de ces trois nouveaux membres ; mais les membres du Conseil syndical présents à l'assemblée votant à l'unanimité ces admissions, l'Assemblée générale ratifiera ce que cette procédure a pu avoir d'irrégulier.

M. le Président Verdureau, en ouvrant la séance, prononce l'allocution suivante :

Messieurs,

J'ai reçu dans ces derniers temps la démission de deux membres de notre syndicat : une est naturelle, celle de M. le Dr Chibrac, notre excellent confrère de Fay-aux-Loges, qui va quitter le département. Il se serait fait un plaisir de venir se joindre à nous aujourd'hui, mais une circonstance majeure le retient à Fay-aux-Loges. M. le Dr Chibrac nous annonce du reste que son frère le remplacera dans le Syndicat de médecine du Loiret. Si le départ de M. le Dr Chibrac nous cause de la peine, que son frère soit le bienvenu parmi nous !

L'autre démission est regrettable, elle émane de M. le Dr Beaurieux. M. le Dr Beaurieux a été un des fondateurs du Syndicat des médecins du Loiret ; il a été durant plusieurs années, le zélé secrétaire du cercle de l'arrondissement d'Orléans, il était un des membres les plus assidus à nos réunions... Et voilà qu'à la suite d'un froissement avec un de nos confrères, il a cru que le bureau du cercle d'Orléans ne lui avait pas suffisamment rendu justice, il s'est

figuré que, dans leur dernière réunion, les membres du cercle d'Orléans s'étaient prononcés contre lui. Je n'ai pas accepté la démission de M. Beaurieux dans ces termes. Je lui ai rappelé son dévouement à notre œuvre ; je l'ai assuré de la sympathie persistante du bureau du cercle d'Orléans ; je me suis porté fort pour les membres de ce cercle qu'à leur dernière réunion, personne n'avait voulu manifester contre lui. Pour persuader M. Beaurieux, j'ai appelé à mon aide quelques confrères, qui me paraissaient avoir plus d'influence sur lui. M. Beaurieux a persisté dans sa détermination. Cette démission est regrettable, ai-je dit : elle l'est, parce qu'elle nous prive d'un confrère qui avait tout notre estime ; elle l'est parce qu'elle prouve que les sentiments de confraternité ne sont pas encore assez forts parmi nous pour nous retenir dans un moment de contrariété.

N'en soyons pourtant pas découragés, notre syndicat est jeune encore ; à mesure que nous nous serons réunis plus souvent, nous nous apprécierons mieux et nous éprouverons de plus en plus le désir de rester unis les uns aux autres.

M. le Dr Halma-Grand rappelle que la démission de M. Beaurieux a été donnée à la suite de dissentiments *qu'il* a eus avec ce confrère : il demande à M. le Président de donner lecture de la lettre de démission.

M. le Président répond que cette lecture est sans objet, la démission de M. Beaurieux ayant été acceptée par le Conseil syndical. Il a cru devoir entretenir l'Assemblée générale d'un fait regrettable, mais il estime qu'une discussion ne peut s'engager à ce sujet.

M. Halma-Grand insiste : il s'agit pour lui d'un fait personnel sur lequel ne doit pas subsister la moindre équivoque.

L'Assemblée générale, consultée, ordonne la lecture. Cette lecture est faite.

M. Halma-Grand, devant le bureau du Conseil syndical, a déclaré sur l'honneur n'avoir pas été coupable du fait que lui reprochait M. Beaurieux ; il demande que l'Assemblée générale ordonne une enquête. Cette enquête prouvera que les griefs de M. Beaurieux n'étaient pas fondés.

Après une discussion à laquelle prennent part un certain nombre de membres, l'Assemblée générale adopte la motion suivante présentée par M. le Dr Geffrier :

Le Syndicat médical du Loiret décide qu'il persiste à donner sa confiance à M. le Dr Halma-Grand fils et, d'autre part, qu'aucune intention de blesser M. le Dr Beaurieux n'existant dans les actes du Cercle de l'arrondissement d'Orléans, il estime que la démission de M. Beaurieux n'a pas de raison d'être.

M. le Président Verdureau déclare clos l'incident et donne la parole au secrétaire pour la lecture de son rapport.

M. Gassot, secrétaire, donne lecture du rapport suivant :

Messieurs et chers confrères,

Il fut un temps où l'on eût envoyé pour le moins à la douche quiconque se fût avisé, à Orléans, de parler d'association médicale et de réunions confraternelles : le livre de la sagesse d'alors portait que deux médecins ne pouvaient se rencontrer sans se disputer et trois sans se dévorer : je frémis en pensant à ce qui serait advenu d'une réunion comme la nôtre ! Les sièges, bien sûr, y auraient passé !

Les mœurs, les idées ont quelque peu changé puisqu'il existe un syndicat médical, puisque nous représentons les deux tiers du corps médical et que nos relations sont plus cordiales que jamais. Nous travaillons en commun, et de nos réunions il est sorti des résultats pratiques : les administrations nous consultent volontiers et, qui plus est, ne font pas fi de nos remontrances ; les collectivités commencent à compter avec nous. C'est le monde renversé, et l'on serait tenté de croire que je fais allusion aux temps antédiluviens, si quelques confrères, imbus des doctrines du bon vieux temps et gardiens jaloux des traditions, ne se tenaient encore à l'écart et ne proclamaient bien haut que le syndicat est une plaisanterie qui ne saurait durer.

Cinq années d'exercice, quatre-vingt-un membres adhérents devraient pourtant ouvrir les yeux de ces aveugles volontaires !

Ne ressemblons pas pourtant aux marchands d'orviétan et ne faisons pas du syndicat la panacée qui doit instantanément guérir les maux dont nous souffrons : rappelons-nous que, dans les maladies chroniques et invétérées, le traitement doit être prolongé et suivi d'une manière rationnelle ; — il ne suffit pas d'être inscrit à la clinique, il faut encore se soumettre rigoureusement aux prescriptions hygiéniques et thérapeutiques. — Nous devons nous pénétrer du véritable esprit syndical et sacrifier aux idées fécondes de la solidarité le vieux fond d'égoïsme qui a causé tous nos maux ; là seulement est le salut, nous ne devons pas l'oublier.

I

Au 30 juin 1886, nous étions 77 ; nous sommes aujourd'hui 81 et pourtant encore nous avons dû enregistrer des démissions : nos confrères Tackvorian, de Loury, et Cazaux, d'Aschères, ont quitté le département, et nous avons eu le regret de voir un des fondateurs du Syndicat, M. Beaurieux, d'Orléans, se retirer sous sa tente. Qu'il nous croie, l'isolement est malsain !

Ces 81 membres sont ainsi répartis :

Cercle de l'arrondissement	d'Orléans.....	38	membres
—	— de Gien.....	11	—
—	— de Montargis	13	—
—	— de Pithiviers.	19	—

Nous avons encore, malgré ce résultat brillant, des recrues à faire : un peu de prosélytisme et notre marche ascendante se poursuivra.

Messieurs,

Les questions d'ordre intérieur que nous avons eues à résoudre ont été peu nombreuses, quelques-unes cependant ont leur importance et nous les soumettons à votre ratification.

Tout d'abord nous avons constitué la réserve dont vous avez voté la création et pour ce compte spécial, nous avons acheté une obligation à lots du Crédit foncier (foncières 1879, 500 fr. 3 0/0, n° 1,315,662). Retenez bien ce chiffre et souhaitez avec nous qu'à quelque tirage prochain il sorte le premier de la roue !

Nous avons dû nous préoccuper des vacances que pouvait occasionner au sein du conseil syndical le défaut de réunion d'un ou plusieurs cercles. Les questions étudiées par le conseil sont des plus importantes et il importe que lors de leur discussion tous les cercles soient représentés. Nos résolutions manqueraient d'autorité si elles n'émanaient que de quelques voix. La même raison nous a fait reconnaître l'avantage que présenterait la convocation

aux séances de ce même conseil des présidents des divers cercles. Nous vous proposerons donc une double résolution tendant à assurer aux réunions du conseil syndical la présence d'un nombre de membres suffisant.

Le défaut de réunion des cercles a encore d'autres inconvénients : les questions professionnelles sont moins sérieusement étudiées et le conseil syndical manque parfois d'éléments d'appréciation qui lui seraient pourtant bien nécessaires. Ne serait-il pas possible aux cercles de Gien et de Montargis, qui sont les moins nombreux, de s'entendre pour se réunir en commun, tantôt dans une ville, tantôt dans l'autre?

Nous ne prétendons certes pas imposer la chose à nos confrères, mais il nous est bien permis, dans l'intérêt commun, de leur indiquer une solution qui pourrait remédier au mal dont tous nous nous plaignons.

Il avait encore été question d'une transformation de notre bulletin, mais nous avons pensé qu'il convenait, pour longtemps encore, d'ajourner cette question.

II

Comme toujours, les questions professionnelles nous ont occupés davantage.

Tout d'abord, le dépôt d'un projet de loi sur l'exercice de la médecine, fait par M. Lockroy, ministre du commerce, nous a contraints à examiner une fois encore cette question de la revision de la législation médicale. Ayant apporté dans nos discussions antérieures toute la gravité qu'un tel sujet comporte, nous n'avons pas tardé à reconnaître que nos idées étaient restées les mêmes que précédemment et nous vous prierons purement et simplement de confirmer par un nouveau vote les décisions prises l'an dernier.

Nous avons, en exécution du vote que vous aviez émis, envoyé au président de la société de secours mutuels des instituteurs et institutrices du Loiret la lettre dont vous aviez accepté les termes. La société, paraît-il, est disposée à reviser ses statuts, — nous devons donc attendre la prochaine assemblée générale, tout en arrêtant notre conduite future selon les événements. Nous vous donnerons communication du dossier et vous prononcerez.

La question de l'abonnement des gendarmes à la médecine cantonale est revenue, elle aussi, à l'ordre du jour : le commandant de gendarmerie du Loiret avait demandé l'abonnement pour toutes les brigades et la gratuité complète pour les gendarmes. Chargé comme inspecteur de la médecine cantonale, de présenter un rapport, j'ai maintenu absolument les termes de vos revendications ; — je ne sais si la demande des gendarmes recevra satisfaction, mais je puis vous affirmer que, si elle est admise, ce ne sera pas à votre détriment : l'administration sait à quels sacrifices elle doit s'engager en acceptant.

Enfin une question nouvelle a été soulevée, celle de l'inspection médicale des écoles prévue par la loi du 30 octobre 1886. Cette inspection, confiée virtuellement aux médecins cantonaux, n'a jamais fonctionné dans des conditions satisfaisantes, aussi devions-nous nous attendre à ce que sa réorganisation fût un jour ou l'autre agitée.

Dans ces sortes de questions, il faut, vous le comprenez, prendre les devants : si le conseil départemental de l'instruction primaire avait discuté la question et voté un règlement, il nous eût été bien difficile de réclamer ; — la réforme aurait été faite et nous n'aurions pas eu voix au chapitre. — Au contraire, en présentant notre opinion dès le début, nous avons chance d'être écoutés et nous pouvons avoir la certitude de n'être pas sacrifiés.

La lettre de nos réglements aurait exigé que vous eussiez donné, en assemblée générale, votre assentiment aux mesures proposées, mais le temps faisait défaut et nous avons pensé que l'unanimité du Conseil syndical suffisait pour nous autoriser à parler en votre nom. Je vous donnerai, dans un instant, communication des décisions du conseil et du projet de réglement qui en est sorti: je pense que vous donnerez aux unes et à l'autre votre approbation pleine et entière.

Tels sont, messieurs, les résultats de nos travaux pendant l'année 1886-1887. Moins nombreux peut-être que ceux des années précédentes, ils ont suffi pourtant à remplir une longue séance du conseil syndical.

De leur côté, les cercles ont examiné des questions locales et préparé l'étude de questions qui ultérieurement pourront vous être soumises.

C'est surtout de l'avenir que nous nous sommes préoccupés, mais ce n'est pas vous qui nous blâmerez d'avoir fait acte de prévoyance.

Un certain nombre de questions restent toujours en suspens, mais il ne dépend pas de nous d'en hâter la solution : il suffit que votre volonté se soit manifestée, votre bureau qui suit attentivement les événements, saura la faire prévaloir quand les circonstances seront favorables.

L'Assemblée générale, à l'unanimité, donne son approbation à ce rapport.

L'ordre du jour appelle la discussion de questions d'ordre intérieur :

Le secrétaire donne lecture, au nom du Conseil syndical, d'une proposition ainsi conçue :

Lorsqu'une ou plusieurs vacances se produiront au sein du conseil syndical par suite du défaut de réunion des cercles intéressés, le vote direct par lettre sera sollicité des membres de ces cercles par les soins du secrétaire général du syndicat. Le dépouillement des votes se fera en séance du conseil syndical, l'élection aura lieu à la majorité relative.

Le secrétaire ajoute qu'on a fait une objection à cette procédure :

Le membre élu ne pourrait être convoqué pour la séance. Il serait préférable que le président et le secrétaire du cercle fussent chargés de provoquer ce vote par lettre. Il ferait le dépouillement et le résultat de l'élection, faite à la majorité relative, serait transmis au secrétaire général du syndicat qui pourrait convoquer l'élu.

Ainsi modifiée, la proposition est adoptée.

Le secrétaire donne ensuite lecture des deux propositions suivantes :

Les Présidents des divers cercles sont toujours convoqués aux séances du Conseil syndical. Ils ont voix consultative dans ces séances. En cas d'absence d'un membre du conseil appartenant à leur cercle, ils le remplacent, de droit, avec voix délibérative.

Adopté.

Les cercles des arrondissements de Gien et de Montargis sont invités à s'entendre pour se réunir en commun alternativement à Gien et à Montargis, ces réunions communes ne préjugeant rien quant aux réglements particuliers qu'ils voudraient conserver.

Adopté.

L'ordre du jour appelle l'examen de la question relative à la Société de secours mutuels des instituteurs et institutrices du Loiret.

Le secrétaire donne communication à l'Assemblée générale de la correspondance échangée avec le secrétaire de la Société.

Il convient d'attendre la réunion générale des membres de cette Société.

Assentiment.

Sur la question de l'abonnement des gendarmes au service de la médecine cantonale, le secrétaire donne lecture du rapport qu'il a adressé à M. le Préfet du Loiret.

Ce rapport, qui tient compte de toutes les décisions précédemment prises par le Syndicat, est approuvé, à l'unanimité, par l'Assemblée générale.

L'ordre du jour appelle la discussion du projet de surveillance médicale des écoles publiques et privées du département du Loiret.

Le secrétaire donne lecture de la partie du procès-verbal de la séance du Conseil syndical qui est relative à la question (1).

L'Assemblée générale ratifie les décisions du Conseil syndical.

M. le président Verdureau rappelle à l'Assemblée que c'est en prenant pour base de son travail ces décisions du Conseil syndical que M. Gassot a rédigé le règlement qui lui avait été demandé par M. le Préfet du Loiret (2).

RENSEIGNEMENTS THÉRAPEUTIQUES.

La valeur antiseptique des pansements au sublimé.

Mis en contact avec une substance albumineuse le sublimé se précipite sous forme d'albuminate de mercure insoluble. Cette réaction se passe au niveau des plaies et il en résulte que les pansements perdent leurs propriétés antiseptiques.

Laplace est parvenu à empêcher la formation du corps insoluble en modifiant par l'acide tartrique les solutions destinées à l'irrigation des plaies et à la confection des gazes antiseptiques.

Voici les formules qu'il conseille.

Pour le lavage et l'irrigation des plaies :

Sublimé...........	1 gramme.
Acide tartrique.....	5 grammes.
Eau distillée.......	1000 —

Laver chaque jour pendant dix à vingt minutes au moins les plaies infectées à l'aide de cette solution. Il suffit de laver une fois les plaies fraîches et d'appliquer ensuite la gaze tartrique préparée avec :

Sublimé...........	5 grammes.
Acide tartrique.....	20 grammes.
Eau distillée.......	1000 —

L'ouate, etc., neutre, dégraissée, doit être plongée deux heures dans cette solution, exprimée et séchée. Cette solution séjourne dans les pièces à pansements sans les détruire. (*Journ. de méd., de chir. et de th.*, 1887 et *Union médicale* 1888.)

(1) Voir au procès-verbal de la réunion du Conseil syndical.

(2) Voir *Concours Médical*, n° 7, 1888, le règlement officiellement adopté dans le Loiret.

(*N. de la R.*)

Pilules contre l'incontinence d'urine.

(Professeur Grisolle.)

Extrait de noix vomique........	0 gr. 20
Oxyde noir de fer...........	3 »
Poudre de quassia..........	3 »
Sirop d'absinthe...........	q. s.

Pour 20 pilules, 1 à 3 par jour.

Bains de siège froids, abstinence de boisson au repas du soir.

NOUVELLES

ELECTION SÉNATORIALE DANS LES VOSGES.

Nous apprenons qu'un groupe important d'électeurs du département des Vosges a décidé d'offrir la candidature au siège vacant, à Monsieur le Dr Bailly (de Bains), membre du Conseil général, Chevalier de la Légion d'honneur, que son travail et son intelligence, sa fermeté et son patriotisme ont fait estimer par les populations vosgiennes.

— *Concours de la Société centrale de médecine du département du Nord.* — La *Société de médecine du Nord* décernera, en 1889, un prix de **500 francs** au meilleur Mémoire inédit sur un sujet de médecine ou de chirurgie.

Les Mémoires doivent être écrits lisiblement en français ; une devise inscrite en tête du manuscrit, sera répétée sur une enveloppe cachetée contenant le nom et l'adresse des auteurs. Tout concurrent qui se sera fait connaître directement ou indirectement, sera exclu du Concours. Les Mémoires devront être adressés franco, avant le 1er janvier 1889, à M. le docteur Baudry, Secrétaire général de la Société, 14, *rue Jacquemars-Giélée, Lille.*

La Société se réserve la propriété des manuscrits. Elle publiera dans le *Bulletin* le Mémoire couronné et les travaux qui, sans mériter le prix, lui paraîtront néanmoins dignes de la publicité. Un tirage à part de 100 exemplaires sera adressé aux auteurs des Mémoires publiés.

Maladies de l'estomac. — *Hôpital de la Pitié.* — M. le Dr V. Audhoui a repris ses *conférences cliniques sur les maladies de l'estomac*, le mardi 13 mars, à 9 heures, et les continuera les mardis suivants, à la même heure, à l'amphithéâtre n° 3. Visite et examen des malades : salles Trousseau et Rayer.

— Une épidémie de fièvre typhoïde s'étant déclarée au lycée de Quimper, M. le ministre du commerce a envoyé sur les lieux M. le docteur Thoinot pour rechercher les causes de la maladie. Des premiers renseignements adressés par notre confrère, il paraît résulter que l'eau d'alimentation du lycée devrait être incriminée. Les internes et demi-pensionnaires ont été, en effet, seuls atteints, les élèves externes restant indemnes. Mais on ne pourra se prononcer qu'après une enquête approfondie.

BIBLIOGRAPHIE

A la librairie O. DOIN, 8, place de l'Odéon Paris. — *Congrès international d'hydrologie et de climatologie*, compte rendu de la première session, Biarritz 1886, un grand volume in-8° jésus cartonné, de 610 pages. Prix : 12 francs.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX frères, place St-André.

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE :

CAISSE DES PENSIONS DE RETRAITE

du corps médical français.

L'*Assemblée générale* annuelle de la *Caisse des pensions de retraite* aura lieu le dimanche 8 avril, à 10 heures du matin, chez M. le docteur Delefosse, 22, place Saint-Georges, sous la présidence de M. Dujardin-Beaumetz.

La réunion statutaire du *Comité-Directeur* de la caisse aura lieu le samedi 7 avril, à 10 h. du matin ; celle du *Comité des censeurs* le même jour, à 11 heures, chez le président de l'œuvre, M. Dujardin-Beaumetz, 176, boulevard Saint-Germain.

LA SEMAINE MÉDICALE

Troisième congrès français de chirurgie.

Le principal évènement de la semaine a été ce congrès dont le succès n'a pas été moindre que celui des deux précédents. Le lundi 12 mars, dans le grand amphithéâtre de l'Assistance publique a eu lieu la séance d'ouverture sous la présidence de M. le professeur Verneuil. M. Gavarret, inspecteur général, représentant le ministre de l'instruction publique.

M. Monod, directeur de l'Assistance publique au ministère de l'intérieur, représentait le ministre de l'intérieur. On voyait encore sur l'estrade les représentants de la Suisse et de l'Angleterre, MM. Socin (de Bâle) et Godwin (de Londres) ; MM. Peyron, directeur général de l'Assistance publique; Larrey, vice-président du Congrès; Brouardel, Maurice Perrin, Ollier, président du précédent congrès; S. Pozzi, secrétaire général.

L'auditoire était nombreux; outre le corps chirurgical parisien, se trouvaient d'éminents chirurgiens étrangers et nombre de chirurgiens de province.

Dans son discours d'ouverture, M. Verneuil a déployé ses qualités habituelles ; on a surtout remarqué le passage dans lequel il a relevé l'accusation injuste et discourtoise d'un célèbre chirurgien étranger, Billroth (de Vienne), qui a reproché récemment à la chirurgie française « de suivre d'un pas boîteux les immenses progrès des chirurgies allemande et anglaise ».

M. Verneuil n'a pas eu de peine à montrer que cette accusation avait un double tort : d'abord celui d'émaner d'un homme qui ignore absolument ce qui se fait en France, puisque, dans les dix éditions de son Traité de pathologie générale, on chercherait en vain la moindre mention des meilleurs travaux français; d'autre part, celui d'être injuste et inexacte ; car nos chirurgiens sont aussi audacieux que les chirurgiens étrangers dans leurs interventions opératoires, quand elles sont nécessaires ; il est vrai qu'ils croient de leur devoir de s'abstenir de toute opération inutile au malade ; nous laissons à notre collaborateur Barette le soin d'analyser les nombreuses communications qui ont été faites dans les séances du congrès et qui ont soulevé de très intéressantes discussions.

L'antipyrine dans les accouchements (1).

M. *Queirel* (de Marseille) a employé l'antipyrine

(1) Académie de Médecine 13 mars.

comme analgésique dans les accouchements; il est arrivé à des résultats satisfaisants qu'il résume ainsi : ce médicament peut être utilisé en injections hypodermiques à la dose de 0 gr. 25 à toutes les périodes de la parturition. On peut, sans inconvénient, répéter les injections.

L'antipyrine n'a aucune action fâcheuse sur la marche du travail, qui, au contraire, semble accéléré. C'est surtout à la période de dilatation que cet agent est précieux. La dilatation se fait sans douleur et souvent l'expulsion est peu douloureuse. Dans presque tous les cas (17 sur 20), l'anesthésie s'est produite comme avec le chloroforme. Elle semble plus facile chez les multipares que chez les primipares.

Il n'y a pas de contre-indication.

Erysipèle et fièvre puerpérale

M. *Doyen* a recherché les rapports qui unissaient l'érysipèle et la fièvre puerpérale. D'après lui, la comparaison des faits cliniques et expérimentaux démontre que :

1° Le streptococcus puerpéral, qui est le microbe caractéristique de la fièvre puerpérale, donne presque toujours au lapin l'érysipèle et un petit abcès ; — à la femme, parfois des érysipèles, des phlegmons, la pleurésie purulente.

2° Le streptococcus de l'érysipèle donne presque toujours l'érysipèle au lapin — et parfois aussi le *phlegmon* ou la péritonite chez l'homme.

3° Le streptococcus du pus donne parfois l'érysipèle au lapin.

Ces trois streptococci, identiques sur les cultures, semblent donc représenter un seul et même être, dont les manifestations peuvent varier.

L'étude des microbes du vagin n'a jamais montré le streptococcus; ce microbe paraît toujours être introduit dans la cavité utérine par inoculation proprement dite (mains, instruments, etc.)

Luxation du nerf cubital droit. Réintégration du nerf dans la gouttière. Guérison.

M. Poncet (de Lyon) a fait connaître l'observation suivante où son habileté opératoire a donné un très heureux résultat.

Un enfant de 15 ans fit, à l'âge de 10 ans, une chute de cheval sur le coude droit. Il fut soumis aux manœuvres d'un rebouteur, puis l'articulation fut immobilisée pendant une quinzaine de jours.

Pendant près de cinq ans, l'enfant ne souffrit pas de son articulation et put se servir du membre supérieur. Il y a deux mois, à la suite d'un exercice violent, l'enfant éprouva des douleurs, des fourmillements dans le petit doigt et l'annulaire de la main droite; en même temps, il éprouvait une gêne fonctionnelle notable, et depuis lors il n'a pu reprendre ses occupations d'écolier : lorsqu'il appuie l'avant-bras sur la table pour écrire, il éprouve des douleurs, des picotements dans les deux derniers doigts de la main.

Le 26 février dernier, M. Poncet reconnut que l'extrémité inférieure de l'humérus était le siège d'une hyperostose, et l'on constatait en même temps la présence sous la peau du nerf cubital que l'on déplaçait sous le doigt.

M. Poncet fit sur le nerf déplacé une incision. Ce nerf reconnu, il incisa les tissus fibro-périostiques rétro-épitrochléens, et, avec le détache-tendon, il détacha du squelette, sur une largeur de 3 à 4 millimètres, une gouttière ostéo-fibreuse dans laquelle

FEUILLETON

Étude sur les caisses médicales de secours et de prévoyance,

Par le Dr Schoenfeld, de Bruxelles (*Suite*).

VI. ÉTATS-UNIS D'AMÉRIQUE. *New-York Society for the relief of widows and orphans of Medical Men*, fondée en 1843 par une soixantaine de médecins. Le droit d'entrée est de 10 dollars, majorés de 50 dollars pour le membre qui se marie. En donnant 125 dollars, on devient membre à vie. Déchéance des sociétaires qui annoncent des spécifiques, ou simplement qu'ils traitent spécialement telle ou telle maladie.

Les veuves ont droit à une pension de 400 dollars, les orphelins à 100 dollars ; mais on opère une réduction progressive pour chaque 10 dollars de revenus possédés par les pensionnés (leur gain personnel n'entrant pas en compte).

En 1877, il y avait 132 membres ; l'avoir était de 120,000 dollars ; les recettes s'élevaient à 7,400 dollars, les dépenses à 3,900 dollars, dont 3,000 pour pensions servies.

On signale plusieurs dons importants : l'un de 6,000 dollars du fondateur, Dr Delafield ; un autre de 10,000 dollars (plus de 50,000 francs) d'un Dr Harson.

La *New-York Mutual aid Association* (1868) donne de l'assistance aux membres malades, à leurs veuves et orphelins. — L'honorabilité et la bonne santé des candidats doivent être garanties par deux parrains.

Au décès d'un membre, le trésorier réclame 1 dollar de chaque membre admis au-dessous de 50 ans, et 2 dollars de ceux qui ont dépassé cet âge. Cette contribution, payable dans les 30 jours de l'avis, est remise à la famille du décédé, sous déduction de 5 p. 100. Si la famille ne réclame rien dans les 3 mois, elle est inscrite sur la listes des bienfaiteurs, et l'argent grossit le fonds de réserve, dont les intérêts servent à l'assistance.

En 1877, il y avait 3.6 membres. Je n'ai pu me procurer aucun rapport donnant des détails financiers.

Massachussets Medical Benevolent Society, Boston 1857.

On paie 3 dollars d'entrée et 2 dollars de cotisation. Après 20 versements annuels, ou après un paiement unique de 25 dollars, on devient membre à vie. Exclusion du sociétaire qui, dans l'opinion du Conseil (à la majorité des 3/4 des voix) a une conduite indigne d'un médecin honorable.

On avait réuni avant tout un fonds permanent de 50,000 dollars, dont les intérêts servent d'abord à la constitution de pensions, puis aux secours. Le célibataire jouissant d'un revenu de 250 dollars,

le cubital fut alors ramené et maintenu par trois points de suture au catgut. Le malade guérit.

Prophylaxie publique de la syphilis *(suite)*.

PROSTITUTION DES MINEURES.

M. Bergeron a fait connaitre une lettre du maire de Bourges, qui, usant des droits que la loi lui confère, a pris un arrêté dont voici l'esprit.

Les filles publiques ne pourront plus exercer leur profession sur la voie publique. Toutes celles qui enfreindraient cet arrêté seraient traduites devant le tribunal de simple police, et c'est après deux condamnations devant ce tribunal qu'aurait lieu l'inscription avec ses conséquences.

Or, d'après le commissaire central de la ville de Bourges, cet arrêté, pris le 29 octobre dernier, aurait donné déjà d'excellents résultats. Le racolage sur la voie publique ne se fait plus à Bourges, et plus de 60 femmes de mauvaise vie ont dû quitter la ville.. (Rires).

« Elles sont allées ailleurs », s'écrie un académicien.

42 femmes ou filles ont été poursuivies; sur ce nombre, 11 ayant été condamnées deux fois ont été inscrites, et 4 ont été reconnues malades.

Les filles inscrites sont obligées à des visites sous peine d'avoir trois jours de prison.

Au cours de la discussion — qui se prolonge vraiment trop pour qu'il nous soit possible de la suivre pas à pas, — nous signalerons seulement deux conclusions que M. Laborde propose de substituer aux articles 4 et 7 de la commission.

« L'Académie demande des mesures réglant et fortifiant l'intervention administrative et permettant d'atteindre la prostitution clandestine et ses provocations partout où elles se produisent. »

« En raison de la solidarité qui existe nécessairement entre la réglementation administrative de la prostitution, et l'application des mesures d'ordre hygiénique, soit préventives, soit curatives, des maladies syphilitiques;

« L'Académie pense qu'il y a lieu d'instituer, par une solution aussi complète et appropriée que possible de cette grave question d'hygiène sociale, une commission mixte réunissant la double compétence administrative et médicale.

MM. Brouardel, Le Fort, Trélat, Fournier ont également pris part à la discussion; mais nous signalerons surtout l'intervention de M. le sénateur Roussel, qui a examiné deux articles du projet de loi sur la *Protection des enfants abandonnés*, ayant trait à la prostitution des mineures et au complément qu'il y aurait lieu d'ajouter pour qu'ils exercent dans la plus large mesure possible, sur la propagation de la syphilis, l'influence prophylactique que l'Académie est en droit de réclamer.

De l'ensemble des documents et de l'unanimité des témoignages recueillis par les commissions du Sénat et de la Chambre des députés, est ressortie cette conclusion, que la prostitution des mineures est due à l'absence et surtout aux mauvaises conditions matérielles et morales de leurs familles.

D'après les articles 3 et 5 du projet de loi, l'autorité publique peut intervenir, à l'égard des mineures âgées de seize ans et au-dessous, qui se *livrent* à la prostitution, en les *confiant provisoirement*, après *décision du juge, à la garde soit de l'Assistance publique, soit d'une association de bienfaisance ou autres établissements autorisés, soit d'une*

---

le sociétaire marié ayant 300 dollars de revenu, ne peuvent recevoir de pension permanente.

En 1875, il y avait 180 membres; 4,700 dollars de recettes et seulement 670 dollars de dépenses, dont 10 pensions de 60 dollars.

L'American Mutual Benefit Association of Physicians (1871) est répandue sur 25 Etats de l'Union. Son siège principal se trouve à Louisville (Kentucky). La Législature de cet Etat lui a accordé la reconnaissance légale, tout en limitant son fonds de réserve à 100,000 dollars.

Sont admis tous les médecins réguliers et honorables, leurs femmes et enfants (entre 16 et 60 ans), les étudiants, etc. Il faut remplir un formulaire comme pour un contrat d'assurance. Le droit d'entrée est de 6 dollars. La cotisation de 2 dollars.

Au décès d'un membre, chaque affilié paie une nouvelle cotisation, variant selon l'âge entre 2.10 et 2.90 dollars; mais 2 dollars seulement (par membre) sont remis à la famille. Cette somme est déclarée insaisissable. Jusqu'en 1877 (il y avait alors 637 membres), on avait payé 5,116 dollars aux familles des décédés.

Le fonds permanent pourra être affecté à un collège d'éducation pour les enfants des membres. —*Le Comité est autorisé à émettre pour 1.000 dollars d'obligations, pourvues de coupons d'intérêts.*

Il existe, en outre, plusieurs Associations d'assurance mutuelle, comprenant des médecins, avocats, membres du clergé et autres professions libérales, « of good standing, sound health and constitution ». — Au décès d'un membre, chacun des autres doit payer, dans les 30 jours « the mortuary fee », une certaine somme stipulée par les statuts, et variant généralement selon l'âge des affiliés. La *National Mutual Benefit Association* (fondée en 1878) a cinq tarifs différents pour ses membres âgés de 18 à 65 ans.

Les Associations américaines sont *toutes reconnues*. Presque toujours, le bénéfice qu'en retirent les souscripteurs et leurs familles est formellement exempté de toute imposition ou saisie éventuelle. — On remarque le soin scrupuleux avec lequel les statuts éliminent tout membre véreux: dans ce grand pays, où les professions sont entièrement libres, la sélection s'opère par la discipline toute volontaire que s'imposent les membres des Caisses médicales.

On trouve dans leurs circulaires et autres publications des idées fort justes, exprimées avec une originalité toute yankee. « Si vous faites des dispositions testamentaires en faveur de telle œuvre, évitez toute controverse; autrement les hommes de loi seront vos héritiers. » — « Un homme qui possède 100 balles de coton, ne dormirait pas avant qu'elles fussent assurées. Pourtant elles ont toute chance de ne pas brûler, tandis que votre mort est certaine. »

(*A suivre.*)

personne recommandable jusqu'à ce qu'il ait été statué sur son sort.

Or, s'il est vrai que les prostituées de moins de seize ans comptent pour une proportion notable dans la prostitution clandestine, il n'en est pas moins vrai que c'est surtout par des filles de plus de seize ans que s'effectuent la plupart des contaminations syphilitiques imputables à la prostitution clandestine, et une mesure qui laisse échapper les prostituées de seize à vingt et un ans ne peut avoir qu'un effet restreint comme mesure sanitaire.

En fixant à l'âge de 16 ans la limite extrême de l'intervention tutélaire de l'autorité publique, le Sénat et les commissions de la Chambre des députés ont été dominés par une préoccupation d'ordre supérieur. Ils ont suivi les règles de notre droit pénal, d'après lesquelles l'âge de 16 ans est fixé comme extrême limite de la responsabilité.

Quelque respect que l'on accorde en théorie à ces règles du droit de punir, on doit reconnaître qu'en fait, les juges et le jury inclinent à considérer les années de minorité civile qui restent après la seizième année, comme constituant pour le prévenu ou l'accusé, sinon une excuse, au moins une *circonstance atténuante* qui entraîne une diminution de la peine ; si l'on considère, d'autre part, que la mainmise de l'autorité publique réclamée pour les mineures prostituées de plus de seize ans, loin d'être une peine, n'est en réalité qu'une mesure de protection, de tutelle et d'éducation, il est permis d'espérer que la Chambre des députés ne refuserait pas d'admettre, dans le projet de loi pendant devant elle, une disposition conciliant l'intérêt de la liberté individuelle et l'intérêt de la santé publique. Cette disposition pourrait être ainsi conçue :

« Toute mineure de plus de seize ans, rencontrée dans un état habituel de prostitution, est conduite devant le juge de paix, qui décide, suivant les circonstances, si elle doit être, soit remise en liberté, soit rendue à ses parents, soit placée par les soins de l'Administration dans un établissement approprié à la réformation morale, soit, à raison de son état de santé, soumise à telles autres mesures qui seraient reconnues nécessaires dans l'intérêt de la santé publique. »

Pour les natures vicieuses que l'influence des parents et de l'éducation n'a pu contenir, le retour à la famille, lorsqu'elle est honorable, doit être encore la meilleure ressource.

L'envoi dans *un établissement approprié à la réformation morale des mineurs* s'applique au grand nombre de filles sans ressources du côté de la famille, dont la dépravation n'est pas encore consommée. Dans le plan du projet de loi voté par le Sénat, cette disposition est complétée pratiquement par l'article 46 qui met à la charge de l'Etat, en cas d'insuffisance des ressources de l'Assistance publique ou privée, l'entretien et l'éducation des *mineurs vicieux ou insubordonnés*, dans des *établissements spéciaux*. La dernière indication du paragraphe additionel que M. Roussel soumet à l'Académie s'applique aux filles qui seraient, après examen médical, reconnues atteintes de maladies vénériennes. Elle correspond exactement à l'article 7 du programme de la commission académique, qui réclame pour ces filles l'internement dans un *asile spécial*.

Traitement du rachitisme par le phosphore.

Kassowitz (de Vienne) a fait connaître, il y a peu d'années, une médication contre le rachitisme : c'est l'emploi du phosphore dissous dans l'huile de foie de morue. L'auteur de cette méthode de traitement l'a déclarée spécifique et s'est attribué un nombre considérable de succès. Les médecins qui l'ont imité n'ont pas tous été aussi heureux, tant s'en faut. Hagenbach (de Bâle), Canali, qui peuvent être considérés comme ayant fourni les résultats les plus favorables, ont obtenu seulement l'un 9 améliorations, l'autre 14 succès sur 20 cas. La méthode de Kassowitz a même rencontré des adversaires véhéments, tels que Monti, Schwechten, qui l'accuse de fournir 19 p. 100 de mortalité, Baginski, Raudnitz (de Prague).

M. Comby (1), désireux de se faire une opinion personnelle sur la valeur du traitement de Kassowitz, l'a expérimenté au dispensaire de la Société philanthrophique chez 40 enfants, âgés de 10 mois à 3 ans. La durée du traitement a varié entre trois et dix mois ; la formule médicamenteuse était 0 gr. 10 centigr. de phosphore par litre d'huile de foie de morue ; les doses étaient, par jour, une cuillerée à café pour les enfants au-dessous de 12 mois, deux cuillerées à café chez ceux de 15 mois et trois cuillerées à café chez ceux de 2 ans. M. Comby n'a appliqué ce traitement qu'à des cas de rachitisme bien accusé ; ceux-là seuls peuvent être démonstratifs au point de vue thérapeutique, puisque les cas légers guérissent sans traitement.

M. Comby a d'abord constaté que la médication de Kassowitz à ces doses n'est nullement dangereuse ; les enfants la supportent en général très bien ; quelques-uns ont eu de la diarrhée, aucun n'a eu de vomissements ; un cas de spasme glottique, qui d'ailleurs a guéri, s'était montré avant le traitement ; exceptionnellement il y a eu un peu d'eczéma ou de l'urticaire. Il est infiniment probable que ces petites manifestations sont attribuables à l'huile de morue plutôt qu'au phosphore.

Mais, par contre, les bénéfices obtenus par le traitement ont été nuls. M. Comby n'a pu enregistrer que 21 améliorations légères ou notables, 18 états stationnaires et 1 aggravation. Au bout d'un an de traitement, les incurvations osseuses persistaient dans les cas les plus favorables. La mortalité a été nulle.

Par comparaison, M. Comby a traité 40 rachitiques par les bains salés, l'huile de foie de morue et le phosphate de chaux, suivant la méthode classique. Dans cette série, comme dans la première, la mortalité a été nulle, mais il y a eu 3 guérisons complètes, 34 améliorations, 4 états stationnaires. Sa statistique est donc plus favorable.

M. Comby fait remarquer qu'au point de vue de l'influence d'un traitement quelconque, il est indi-

(1) Société médicale des hôpitaux, 9 mars.

pensable de diviser les rachitiques en trois catégories. Dans un premier groupe, les enfants ont des déformations à peine accusées, le retard de la marche et de la dentition. Ces enfants guérissent seuls et presque sans traitement. Dans le second, on trouve des enfants ayant les nouures des épiphyses, le chapelet costal, le retard dans l'occlusion des fontanelles ; ce sont ceux-là pour qui la thérapeutique convient surtout et la meilleure consiste dans l'emploi des bains salés et du traitement maritime. Le troisième groupe comprend les cas à déformations excessives et irrémédiables ; ce sont ces nains difformes que la chirurgie même est impuissante à améliorer. Le rachitisme étant une maladie causée par les vices d'hygiène, c'est par les moyens hygiéniques qu'on peut le guérir. Ce qu'il faut, c'est améliorer la nutrition ; on y arrive en alimentant convenablement les rachitiques, en les envoyant sur les plages de l'Océan l'été ou de la Méditerranée l'hiver, en leur faisant prendre des bains salés ; s'ils ont des ophthalmies, on les enverra plutôt aux eaux chlorurées sodiques fortes. Quant aux médicaments proprement dits, huile de morue, phosphate de chaux et phosphore, ils ne doivent venir qu'en seconde ligne dans le traitement.

Intoxication par la résorption du liquide des kystes hydatiques

M. *Debove* a signalé les accidents d'intoxication attribuables à la résorption du liquide des kystes hydatiques. Dans un cas de kyste hydatique du poumon gauche pris pour une pleurésie, après la ponction, la malade fut prise d'urticaire, de crises de dyspnée avec toux quinteuse, expectoration muqueuse, sueurs abondantes ; après une ponction de kyste hépatique on observa, outre l'urticaire, des accidents de collapsus des plus inquiétants. Il est à remarquer que l'urticaire ne s'est jamais produite à une seconde ponction, même lorsque celle-ci est faite dans un kyste indépendant du premier. Il n'est pas indispensable qu'il y ait eu pénétration du liquide hydatique dans une grande séreuse, comme la plèvre ou le péritoine, pour que les accidents se montrent ; dans un cas de Wolff, on avait ponctionné un kyste siégeant dans les muscles adducteurs de la cuisse.

M. Bouchard considère nettement l'urticaire comme un phénomène d'ordre toxique ; il a cité, dans ses leçons sur les auto-intoxications, un cas où, en ponctionnant un kyste hydatique, on avait ouvert accidentellement un vaisseau sanguin ; quelques gouttes du liquide du kyste ayant pénétré dans le sang, le malade eut une urticaire presque instantanée.

D'ailleurs, les expériences de M. Debove, antérieurement communiquées à l'Institut, sont de nature à trancher la question. Sous la peau du ventre de trois sujets, il injecta, après l'avoir filtré, 1 centimètre cube du liquide extrait par ponction d'un kyste hydatique. L'un des sujets n'éprouva rien ; chez le second se montrèrent des plaques d'urticaire autour du lieu de l'injection ; chez le troisième, outre les plaques d'urticaire locales, il y eut une éruption confluente à distance dans la région dorsale

M. Debove pense que certains accidents consécutifs aux ponctions des kystes hydatiques ont été jusqu'ici mal interprétés. M. Martineau a cité un cas où la mort subite fut attribuée à la paralysie du pneumogastrique ; M. Guyot a dit avoir vu sept ou huit fois la mort survenir en vingt-quatre heures après la ponction du foie. Le mécanisme de l'action réflexe invoqué pour expliquer ces cas n'est pas plus satisfaisant que celui de la péritonite ; ces accidents si formidables se dissipent en quelques heures ; comment admettre une péritonite ? L'intoxication est un mode pathogénique qui donne une explication bien plus satisfaisante.

Pratiquement, on devra se rappeler qu'il faut éviter tout ce qui peut favoriser la résorption du liquide hydatique et surtout les ponctions exploratrices, qui sont surtout suivies de ces accidents, parce que le liquide qui reste sous une certaine pression dans la poche kystique non vidée s'écoule aisément dans le péritoine par l'orifice de la ponction.

M. *Féréol* a demandé pourquoi, étant admise la pathogénie proposée par M. Debove, l'urticaire est, en somme, rare après la ponction des kystes qu'on fait si fréquemment, et comment on peut expliquer les cas où l'urticaire se montre avant toute ponction, comme cela s'est produit dans un cas qu'il a observé avec M. Labbé.

M. *Debove* répond qu'il faut toujours tenir compte de la susceptibilité individuelle dans toute intoxication. Parmi les trois individus auxquels il a injecté sous la peau du liquide hydatique filtré, l'un n'a rien eu. De même pour les moules : telle personne n'en peut manger une seule sans avoir de l'urticaire et des signes d'intoxication, telle autre en peut manger sans inconvénient des quantités considérables.

Dans les cas où l'urticaire s'est montrée sans qu'on ait touché au kyste, on peut admettre qu'un certain degré de résorption s'est opéré à travers les parois mêmes, à moins qu'il ne se soit agi d'une simple coïncidence, l'éruption ortiée n'étant d'ailleurs pas rare.

MÉDECINE PRATIQUE

I. Hygiène antiseptique de la chambre du malade. — II. Traitement antiseptique des stomatites. — III. Prophylaxie de la carie dentaire.

I.

Hygiène antiseptique de la chambre du malade.

Le médecin oublie souvent d'indiquer les précautions antiseptiques que les personnes appelées à soigner des malades atteints de maladies contagieuses doivent prendre, pour se préserver autant que possible de la contagion et pour ne pas porter non plus la contagion au dehors. Son devoir est aussi d'indiquer avec précision comment on doit aménager la chambre du malade pour le placer dans les conditions d'hygiène les plus favorables à sa guérison.

Le nombre des personnes chargées de donner leurs soins aux malades doit être aussi restreint que possible ; on recommande avec raison de choisir dans la famille et parmi les domestiques celles qui ont déjà été atteintes de la maladie, ou qui, par leur âge et leur santé habituelle doivent être présumées moins exposées à la contagion. Il faut écarter absolument les enfants, les individus que la débilité de leur constitution ou certains états morbides chroniques place plus que d'autres en état d'opportunité morbide. Pour citer un exemple, les individus atteints de catarrhe bronchique sont en mauvaise condition pour soigner des phthisiques, et les sujets qui ont de l'angine chronique doivent être écartés de la chambre d'un diphthéritique ; nous croyons, et, sous l'inspiration de M. Bouchard, nous avons soutenu ailleurs cette idée, que les personnes ayant une dyspepsie intense, une dilatation de l'estomac grave nous paraissent en état d'opportunité particulière pour contracter la fièvre typhoïde.

Les médecins et gardes-malades doivent avoir un vêtement spécial pour entrer dans la chambre du malade ou mettre par-dessus leurs vêtements un sarrau de toile, qu'ils quittent en sortant.

Chaque fois qu'on aura procédé aux soins de propreté du corps du malade, touché ses orifices naturels, son linge de corps, qu'on lui aura donné le bassin, on devra se laver les mains dans une solution antiseptique qui doit être en permanence dans une cuvette ou dans une fontaine. On peut employer pour ces ablutions fréquentes et rapides le chlorure de chaux à 20/1000, le sublimé à 1/1000, le thymol à 1/1000.

Quand on quitte la chambre pour rentrer dans la vie extérieure, il faut faire un lavage plus minutieux encore des mains et des ongles avec le savon, la brosse et le cure-ongles, puis passer les mains dans la solution antiseptique.

Quand on aura souillé ses mains de déjections, ou de sécrétions particulièrement infectes et fétides, pratiqué certains touchers vaginaux, on pourra pour enlever l'odeur en réalisant l'antisepsie, se conformer aux règles suivantes formulées par M. Danlos (1). On commence par se nettoyer soigneusement au savon, pour enlever les matières grasses qui s'opposeraient au contact des antiseptiques. Cela fait, on se lave les mains dans une solution de permanganate de potasse à 5/1000. (On peut employer des solutions plus concentrées, jusqu'à 5/100.) Au contact des mains, la solution se décompose et laisse sur la peau une couche brune très adhérente de peroxyde de manganèse. Suivant la concentration de la liqueur et le temps employé (deux minutes suffisent), la coloration brune varie d'intensité. Quand on juge la teinte suffisamment foncée, il suffit, pour l'enlever, de mettre quelques instants les mains dans une solution de bisulfite de soude diluée au cinquième environ (celle du commerce). La décoloration est immédiate et la désinfection est absolue. Les doigts sentent alors un peu l'acide sulfureux, mais le moindre lavage à l'eau fait disparaître aussi cette odeur.

Les gardes-malades ne doivent jamais manger ni boire dans la chambre du malade ; avant de prendre leurs repas, ils feront bien de se rincer la bouche avec une solution antiseptique (eau boriquée à 3/100 ou solution d'acide chlorhydrique à 4/1000).

Le malade doit être placé dans une pièce assez vaste, facile à ventiler, recevant largement la lumière, débarrassée autant que possible des tentures et objets d'ornement.

(1) *Progrès médical*, 1886.

Si l'on peut consacrer deux pièces au malade, on mettra un lit sans rideaux dans chacune d'elles, et on changera le malade de lit et de chambre toutes les douze heures, afin de pouvoir procéder au nettoyage et à l'aération prolongée de celle qui vient d'être occupée.

Il va sans dire qu'on fera en sorte qu'il y ait une température égale dans les deux pièces au moment de la translation et que les draps aient été convenablement séchés.

Les draps devront être changés, dès qu'ils auront été souillés ; tout au moins devra-t-on placer au niveau du siège une alèse, sous laquelle on aura glissé une toile imperméable, et remplacer cette alèse par une autre dès qu'elle aura été tachée.

Toutes les déjections (matières fécales, vomissements, crachats, urines), doivent être désinfectées immédiatement (hormis le cas où le médecin aura prescrit de les conserver pour les soumettre à son examen), par addition d'une solution forte de sulfate de cuivre, de chlorure de zinc ou de chlorure de chaux, ou d'acide sulfurique à 50 pour 1000. Pour les matières alvines, le meilleur moyen est de verser dans le bassin avant de le placer sous le malade 250 grammes environ de la solution.

Les vases contenant les déjections, ne doivent pas séjourner du tout dans la chambre ; il faut jeter aussitôt le contenu désinfecté dans les cabinets d'aisances ; puis laver à l'eau bouillante ou avec la solution antiseptique la cuvette de ceux-ci et le vase. Ces précautions sont surtout indispensables dans les maladies où les germes pathogènes pullulent dans les garde-robes (fièvre typhoïde, dysenterie, choléra, diarrhée de Cochinchine, etc.). Quand les garde-robes exhalent une odeur particulièrement infecte, on a conseillé, comme moyen simple, applicable partout et réussissant à désodoriser les selles, l'addition à chaque déjection de 500 grammes de terre sèche de jardin portée au four, de suie, de charbon pulvérisé, ou même simplement de cendres de foyer à défaut de véritables antiseptiques.

Parmi les autres substances applicables à la désinfection des garde-robes, on peut ranger l'huile lourde de houille qui désodorise bien et coûte peu (La proportion convenable est 100 grammes pour un litre d'eau). Il faut que les matières soient recouvertes par la couche oléagineuse qui surnage le liquide.

Les urinoirs, les crachoirs, les tables de nuit doivent être soigneusement nettoyés.

Les linges souillés seront placés immédiatement dans de l'eau maintenue bouillante ou dans une solution antiseptique.

La propreté la plus minutieuse doit être observée pour le corps du malade.

L'anus et le siège seront lavés après chaque garde-robe avec une solution antiseptique, ainsi que les organes génitaux, les régions où s'accumulent les sécrétions sébacées et la desquamation épidermique.

La bouche, la langue, les dents seront nettoyées chaque jour.

On passera attentivement et quotidiennement en revue tous les points des téguments, surtout ceux qui sont en contact avec le plan du lit, pour surveiller les érythèmes par pression, les fissures, les excoriations susceptibles d'ouvrir la porte à des infections secondaires.

La convalescence déclarée, le malade n'opérera sa sortie qu'après un bain savonneux.

Quand la maladie est terminée, le rôle du médecin est de veiller attentivement à ce que la famille prenne, sous sa direction, les mesures nécessaires pour éviter la propagation de la maladie.

La destruction de certaines pièces des vêtements et de certains objets impossibles à désinfecter s'impose quelquefois.

En tout cas, la désinfection complète des autres vêtements, objets de literie, par le séjour dans une étuve convenable (à vapeur sous pression) est indispensable.

Dans certains cas, le lavage et le grattage des parquets et des murs, la substitution de nouveaux papiers aux anciens, l'apposition de tentures neuves, les fumigations sulfureuses dans la chambre sont des mesures auxquelles il sera nécessaire d'avoir recours.

II.

Traitement antiseptique des stomatites.

De toutes les maladies de la bouche, le *muguet* ou *stomatite crémeuse* est celle dont la nature parasitaire est le mieux établie. Nous n'avons pas à en rappeler la description clinique ni pathologique ; sur une muqueuse buccale rouge en voie de desquamation épithéliale, décapée, comme disait Parrot, et en outre acide, préparée d'une certaine façon par l'état morbide antérieur du tube digestif et la débilité générale, le champignon parasite amené par l'air probablement, ou par contact avec le sein de la nourrice ou par le biberon ou par le lait, se cultive et prolifère. L'oïdium albicans (syringospora Robinii, Quinquaud) ne serait pas un oïdium, d'après les recherches les plus récentes. Un travail publié par M. Audry nous fournit sur le *saccharomyces albicans* des renseignements qui ne sont pas seulement d'un intérêt botanique (1).

Le saccharomyces albicans, semé à la surface de milieux solides *neutres* ou *alcalins*, y a végété parfaitement, aussi bien que sur les milieux acidifiés. Cela tendrait à diminuer l'importance qu'on attribue, depuis Gubler, etc., à l'acidité de la bouche, dans sa production.

Cette acidité est pourtant réelle, nous l'avons constatée comme le plus grand nombre des cliniciens. Est-elle cause ou effet ? M. Audry n'a fait aucune recherche concluante à cet égard, mais il a remarqué que ses bouillons de culture, qui sont neutres à l'état de pureté, deviennent légèrement acides, quand le parasite a commencé à s'y cultiver. Le muguet se développe très bien sur des milieux glycérinés, mais non sur la glycérine pure. Enfin, les bouillons ensemencés, auxquels on ajoute du borax restent limpides ; d'où il suit que l'emploi du borax dans le traitement du muguet est parfaitement justifié.

En somme, les recherches de M. Audry ne contredisent pas ce que l'expérience a depuis longtemps enseigné ; le meilleur traitement du muguet consiste à modifier la réaction chimique des sécrétions buccales, à les alcaliniser par le bicarbonate de soude ; mais on peut faire mieux en joignant l'action antiseptique directe par le borate de soude.

L'acide borique, qui est utile dans toutes les stomatites, ayant ce grand avantage d'une toxicité presque nulle, serait aussi efficace dans le muguet (Mac-Gregor). On peut l'additionner de chlorate de potasse, le combiner au borate de soude.

(1) *Revue de Médecine*, juillet 1887

Voici un collutoire recommandé dans les *stomatites qui accompagnent les fièvres graves*, la fièvre typhoïde par exemple, et qui modifie rapidement l'état fuligineux des lèvres et des dents, la sécheresse des gencives et de la langue (1) :

Acide borique	1 gr.
Chlorate de potasse	0,75 cent.
Jus de citron	15 gr.
Glycérine	10 gr.

Parmi les *glossites épithéliales desquamatives* qui sous différents noms ont été décrites par Bergeron, Bridou, Parrot et plus récemment Guinon (2), il est naturel de se demander si une des variétés ne reconnaît pas pour cause un parasite, dont le développement serait préparé par des troubles digestifs ; l'évolution des plaques desquamatives, qui s'étendent en aires multiples et fauchent l'épithélium excentriquement, a bien l'allure d'une affection parasitaire. Les recherches dirigées dans ce sens n'ont, il est vrai, jusqu'ici amené la découverte d'aucun parasite spécial, et la bénignité de l'affection fait qu'on s'est peu inquiété jusqu'ici de lui opposer un traitement antiseptique.

Il y a des affections parasitaires de la langue, telles que la *langue noire* décrite par Dessois ou celle que W. Roth, de Vienne, décrivait récemment (3) (productions pseudo-pileuses développées sur la langue et formées par des amas de champignons), dans lesquelles le meilleur traitement est l'attouchement avec une solution de sublimé.

La *stomatite aphtheuse* est-elle une affection microbienne ? Les auteurs les plus récents tendent à l'admettre. M. le Dr Th. David publiait récemment des faits qui paraissent établir nettement que cette affection est d'origine bovine ; dès 1764, Sagar avait émis l'opinion que le lait est l'agent de transmission. On a noté la coïncidence d'épidémies de *stomatite* aphtheuse avec les épizooties de fièvre aphtheuse (ou cocotte). En 1834, trois vétérinaires allemands, ayant bu volontairement du lait tout fraîchement trait de vaches atteintes depuis six à huit jours de fièvre aphtheuse grave, furent pris les jours suivants de fièvre et d'une éruption aphtheuse sur la surface interne des joues et des lèvres. En faisant bouillir le lait, on se préserverait de la contagion ; mais la crème et les fromages resteraient dangereux et il serait peut-être nécessaire qu'on interdît la vente du lait des vaches atteintes de cocotte. Car la fièvre aphtheuse, généralement bénigne, peut cependant devenir très grave. M. David a noté sur 27 observations un cas de mort par gangrène de la bouche, deux cas où des aphthes se sont développés dans l'estomac et l'intestin ; enfin, il dit que chaque année un certain nombre d'enfants succombent à cette maladie. M. Hirtz, dans une clinique publiée en novembre 1887 (4), déclare que la maladie n'est contagieuse à aucun titre. Nous avons vu pourtant plusieurs fois deux ou trois enfants de la même famille atteints simultanément ou successivement de fièvre aphtheuse, et presque toujours dans ces cas il s'agissait d'enfants couchant ensemble. M. Hirtz, tout en paraissant rejeter l'étiologie microbienne, déclare qu'un seul médicament lui a donné « des résultats surprenants et rapides ; c'est le salicylate de soude (médicament an-

(1) *Brit. med. Journ.* et *Paris médical*.
(2) *Revue des maladies de l'enfance*, 1887.
(3) *Annales des maladies de l'oreille* et *Journal de médecine et chirurgie pratique* 1887.
(4) *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*.

tiseptique cependant). Il amende, dit-il, en quelques heures et fait disparaître la cuisson si douloureuse de la stomatite, véritable torture pour quelques malades. On devra l'employer en solution concentrée, 20 pour 100 au moins ; on badigeonnera la muqueuse buccale et pharyngée cinq ou six fois par jour, principalement après les repas. »

La *stomatite ulcéro-membraneuse* a été, comme on sait, démontrée spécifique, épidémique et contagieuse par M. J. Bergeron, qui a fait connaître du même coup les propriétés curatives du chlorate de potasse. Il est vrai que deux médecins de la marine, MM. Catelan et Magette, ont voulu depuis expliquer la pathogénie de cette stomatite par une névrite liée à l'évolution de la dent de sagesse. Cette explication n'a pas prévalu et presque tous les pathologistes continuent à considérer la stomatite ulcéro-membraneuse comme une infection locale. Il est vrai que les recherches sur la nature de l'agent infectieux n'ont pas été couronnées de succès. M. Pasteur avait à l'origine trouvé une spirille dans la bouche d'enfants atteints de stomatite. Netter, pendant son internat chez M. Bergeron, a trouvé cette spirille dans les ulcérations gingivo-buccales ; il l'a cultivée, mais les inoculations faites avec les cultures ont donné un résultat négatif.

Galippe, qui s'est beaucoup occupé des micro-organismes du tartre dentaire, estime que parmi les microbes qui pullulent dans le tartre, véritable substance vivante, il en est un qui devient pathogènes sous l'influence de troubles que l'évolution dentaire apporte dans la composition des liquides buccaux ; dès lors un travail ulcératif apparaît au niveau des gencives. Cette *gingivite ulcéreuse* peut se propager à la face interne des joues et la stomatite ulcéreuse est constituée.

M. Bergeron concède qu'il peut y avoir, outre la stomatite spéciale qu'il a décrite, une autre maladie ulcéreuse de la bouche d'origine dentaire ; les différences principales entre elles seraient pour la stomatite dentaire le début constant autour d'une dent, la fréquence du trismus, l'impuissance du chlorate de potasse et la plus longue durée.

Henoch (de Berlin) admet une sorte de gradation parmi les diverses stomatites ; la forme simple ou *érythémateuse* étant susceptible de devenir *aphtheuse*, puis exsudative et *fibrineuse*, et même *ulcéro-nécrosique*. Le chlorate de potasse lui paraît agir aussi efficacement dans les formes aphtheuse et fibrineuse à la façon d'un spécifique. Il a toujours vu ce médicament, donné en potion, en gargarismes, en collutoires faire disparaître rapidement la fétidité de l'haleine et la salivation.

Le chlorate de soude a été employé avec presque autant d'avantages.

Nous avons vu M. Hutinel prescrire avec succès des applications de chlorure de chaux sec sur les ulcérations ; cette pratique était, croyons-nous, celle de son maître M. Henri Roger.

Quand la stomatite est rebelle, Henoch emploie pour badigeonner les surfaces malades trois fois par jour l'une des deux solutions suivantes : sulfate de zinc, 1 gr., eau dist. 20 gr., ou sulfate de cuivre 0,50. pour eau destillée 20.

Quand la stomatite revêt la forme nécrosique, Henoch emploie encore le chlorate de potasse associé à la decoction de quinquina ; il y joint des irrigations avec des solutions de permanganate de potasse, d'acide phénique ou d'acide salicylique.

Dans la *gangrène de la bouche*, affection évidemment parasitaire, comme tous les processus gangreneux, les caustiques ont été beaucoup employés : badigeonnages à l'acide nitrique fumant, au perchlorure de fer, à l'acide phénique concentré ; la destruction du foyer microbien par le thermo-cautère semble avoir mieux réussi ; au moins on est maître de l'agent destructeur et on en limite à volonté les effets.

L'antisepsie doit être pratiquée avec le plus grand soin ; on a préconisé l'application d'une pâte épaisse préparée avec du camphre. Les irrigations très fréquentes avec les solutions d'acide phénique, salicytique ou thymique sont préférables ; quand la chute de l'eschare laisse à nu une surface bourgeonnante, Henoch applique dessus un tampon de charpie imbibé de vin camphré.

III

Prophylaxie de la carie dentaire.

On peut presque affirmer que, si on prenait dès la naissance tous les soins nécessaires de la bouche, sans les discontinuer pendant l'enfance et l'adolescence, tout adulte aurait des dents saines. Malheureusement, par suite de la négligence des familles, on ne songe presque jamais à s'inquiéter de l'état des dents avant l'apparition de la seconde dentition.

Dès que l'enfant commence à s'alimenter avec des aliments solides, c'est-à-dire laissant des résidus dans les interstices des dents, on devrait, par des lavages après chaque repas, chasser ces résidus ; puis apprendre à l'enfant, dès qu'il est en état de le faire lui-même, à se rincer soigneusement la bouche non seulement après chaque repas, mais chaque fois qu'il a mangé entre les repas du pain, des gâteaux et des sucreries. Galippe pense que le pain bis, un peu dur, vaut mieux pour les enfants que le pain blanc et mollet ; car, outre l'avantage d'être plus riche en éléments minéraux (acide phosphorique, chaux, magnésie), il agit mécaniquement d'une façon favorable sur les dents.

Beaucoup de parents se disent que, les dents de lait étant destinées à disparaître, il importe peu qu'elles soient cariées. C'est une grave erreur. D'abord, leur carie cause à l'enfant des douleurs, des complications analogues à celles qui accompagnent la carie des dents permanentes. Si on est obligé d'arracher prématurément les dents de lait cariées, le développement des maxillaires est entravé, et la pousse des dents permanentes s'accomplit irrégulièrement.

Les maîtres chargés de surveiller la toilette des collégiens devraient s'assurer que chacun d'eux a une brosse à dents et en fait usage. La brosse sera en soies flexibles, pas assez dure pour faire saigner les gencives ; une poudre composée de craie lavée, additionnée ou non de chlorate de potasse porphyrisé, suffira.

Voici une formule de poudre dentifrice antiseptique :

Acide borique finement pulvérisé...	2 gr. 50.
Chlorate de potasse..................	2 »
Poudre de gaïac......................	1 » 50.
Craie préparée.......................	4 »
Carbonate de magnésie pulv.......	4 »
Essence de rose ou de menthe.....	1 goutte.

Les soins de la bouche sont considérés trop généralement comme une coquetterie, et l'idée ne vient guère au collégien de se servir régulièrement de la brosse à dents que, quand il commence à se préoccuper de la forme de son faux-col ou de son nœud de cravate. Aussi la fréquence de la carie den-

taire chez les écoliers est-elle grande. Sur 169 écoliers de 8 à 17 ans, Sher a trouvé 189 dents cariées ; les deuxièmes et troisièmes molaires inférieures étaient les plus fréquemment atteintes.

C'est surtout en cas de maladie qu'on doit surveiller avec sollicitude la propreté des dents ; dans la plupart des maladies fébriles, la salive devient acide, les enduits saburraux constitués par des amas de cellules organiques en voie de décomposition offrent un terrain de pullulation aux microbes. On devra donc, deux fois par jour, laver soigneusement la bouche et nettoyer les dents avec une solution alcaline.

Certains sujets doivent avoir un soin particulièrement minutieux de leurs dents ; les diabétiques, par exemple.

P. Le Gendre.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

L'Assistance publique en province. — Attitude des maires et conseils municipaux.

Le *Petit Troyen*, dans son numéro du 27 décembre, publiait l'extrait suivant d'une séance du Conseil municipal de Troyes :

« M. le maire donne lecture au conseil d'une lettre de M. Piat, maire de Sainte-Savine, qui nie avoir reçu de M. le maire de Troyes une lettre relative aux malades de Sainte-Savine soignés à l'hospice. M. Piat affirme que sa commune n'a jamais refusé de payer pour ses malades reçus à l'hospice de Troyes.

M. le maire donne à ce sujet lecture d'un rapport de la commission des hospices qui constate, au contraire, que l'administration de Sainte-Savine n'a jamais rien payé que 22 fr. 50, le 3 novembre dernier, après y avoir été contrainte par la préfecture. M. le maire affirme que M. Piat envoie des malades indigents de Sainte-Savine, en leur recommandant de ne pas dire qu'ils habitent Sainte-Savine, mais une rue quelconque de Troyes. Comment en effet, s'expliquer qu'une commune ayant près de cinq mille habitants, n'ait à son budget qu'une somme dérisoire de cent francs pour secours aux malades et indigents ?

Le budget de l'hospice de Troyes est grevé très sérieusement par les pays voisins qui envoient leurs malades indigents que l'on reçoit par humanité, car très souvent les malades en question sont atteints de maladies très graves.

Nous constatons, cependant, dit M. le maire, qu'aucune commune des environs n'agit avec autant de désinvolture que l'administration de Sainte-Savine dont la population a toutes nos sympathies ; mais, puisque M. le maire de Sainte-Savine ne veut pas payer pour les malades qu'il nous envoie, nous nous verrons, à l'avenir, forcés de ne pas les recevoir à l'hospice de Troyes s'ils ne sont pas porteurs d'une autorisation en règle de l'administration de Sainte-Savine, à seule fin qu'après l'admission des malades, M. Piat ne vienne plus dire que cela ne le regarde pas. »

— Ce compte-rendu sommaire est plein d'utiles renseignements sur la singulière façon dont les maires entendent l'assistance publique en province. Un grand nombre de communes, même d'une importance relative, n'ont ni hôpital, ni hospice, ni même de bureau de bienfaisance. Les crédits alloués à l'assistance sont dérisoires. Il n'est pas encore entré dans l'esprit de ces maires ni des conseils municipaux, dont ils sont l'émanation, que l'assistance des malades, des vieillards, des infirmes est une obligation sociale. Ils sont pour la charité, l'aumône, la mendicité. Si chaque commune avait une bonne *organisation des secours à domicile*, la meilleure pour les malheureux, chaque fois qu'elle est possible, et toujours la moins coûteuse, elle n'aurait que rarement l'occasion de recourir à l'hôpital. Mais beaucoup de municipalités, au lieu de remplir leur devoir, n'ont rien de plus pressé que de se débarrasser de leurs malades en les envoyant dans les hôpitaux des villes voisines... quand elles ne les expédient pas à Paris.

Souvent, à l'exemple digne d'éloges du maire de Troyes, ne prenant pour guides que les sentiments d'humanité, le malade est reçu. Généralement aussi, à l'exemple digne de blâme du maire de Sainte-Savine, la commune qui doit l'assistance refuse de participer aux dépenses. Les maires qui, comme celui de Sainte-Savine, conseillent aux malheureux de donner une fausse adresse sont loin d'être rares.

Pour remédier à des pratiques aussi détestables, il suffirait d'instructions ministérielles bien nettes et bien formelles. La plupart des hôpitaux-hospices des grandes villes renferment un nombre suffisant de lits pour faire face non seulement aux besoins de la ville, mais aussi aux besoins des communes environnantes. Il y a des lits vacants, même en nombre assez grand pour qu'il soit venu à l'esprit de quelques commissions administratives la singulière idée de les mettre à la disposition de l'Administration de l'Assistance publique de Paris. Ces lits vacants devraient être à la disposition des malades du canton, ou de la région voisine *de la ville*, dans des conditions nettement déterminées, moyennant un prix de journée fixé chaque année, payable en totalité ou en partie et par la famille et par la commune. Il n'est pas possible que le ministre de l'intérieur autorise les hôpitaux de province à se créer des ressources au préjudice des malades et de la localité et des localités voisines, ainsi que l'ont proposé des hommes qui n'ont aucune notion sérieuse de l'Assistance. En débarrassant les hôpitaux-hospices des vieillards susceptibles d'être maintenus dans leurs familles moyennant un secours annuel convenable, — *la pension représentatrice du séjour à l'hospice* — on pourrait hospitaliser tous les malades de la région de la ville qui a un hôpital et qui ne peuvent être soignés chez eux.

Ce que les municipalités de province font pour les malades ordinaires, elles le font aussi pour les malades aliénés, et alors les conséquences sont encore plus graves. Tous les médecins s'accordent pour reconnaître que *plus tôt* le traitement est institué, plus grande est la proportion des guérisons et, par conséquent, moins lourdes sont les charges publiques. Aujourd'hui, quand il y a un aliéné dans une commune, c'est à qui dissimulera la maladie ; loin d'encourager la famille pauvre à placer son malade, le maire l'incite à le garder, afin que sa commune n'ait pas à participer à la dépense d'entretien dans l'asile. On temporise, mais un jour le malade commet un acte grave et on est obligé de l'interner. Au début, le malade était curable, son traitement n'aurait entraîné qu'une minime dépense ; maintenant il est incurable et c'est pendant des années qu'il faudra payer, sans compter, qu'au lieu de pouvoir redevenir un citoyen actif, utile, il demeurera une non valeur pour le reste de ses jours.

Le ministre de l'intérieur qui daignera descendre

des hautes régions de la politique à l'examen de ces questions et qui saura réaliser ces modestes réformes, rendra, sans dépense pour l'État, de réels et incontestables services et économisera les dépenses et des communes et des départements. B.

(*Le Progrès médical.*)

Recrutement des médecins adjoints des asiles par le concours

Le Conseil des Inspecteurs généraux des établissements de bienfaisance a été saisi dernièrement par M. Monod, directeur de l'Assistance publique au ministère de l'intérieur, de l'examen d'un projet tendant à instituer le concours pour le recrutement des médecins adjoints des asiles d'aliénés. Le Conseil a adopté les conclusions conformes d'un rapport de M. le docteur A. Regnard, établissant le concours par circonscriptions régionales qui auront pour chefs-lieux certaines villes possédant des Facultés ou des Ecoles préparatoires de médecine. Le département de la Seine formera une région, avec l'adjonction des seuls asiles de Clermont et d'Evreux. Le concours sera ouvert toutes les fois qu'il y aura lieu de pourvoir à deux vacances. Les épreuves comprendront une question écrite, éliminatoire dans le cas où le nombre des candidats dépassera trois pour une place, et une question orale. Il sera tenu compte des travaux antérieurs des candidats.

Nous ne saurions trop applaudir à ce projet. Nos lecteurs se souviennent que l'année dernière nous avons énergiquement réclamé la nomination au concours des médecins-adjoints des asiles d'aliénés. C'est le seul procédé capable de donner au corps des médecins aliénistes, la valeur scientifique et l'autorité morale qui lui sont indispensables. D'un autre côté, nous voyons intervenir pour la première fois, dans un projet émané de l'administration, le principe de la décentralisation dans les nominations faites par l'Etat. Nous espérons que le concours sera organisé comme le demande M. A. Regnard, par circonscriptions régionales, et que ce ne sera que le premier pas dans cette voie. Beaucoup d'autres fonctionnaires seraient justiciables du même recrutement.

CORRESPONDANCE

Nous recevons la lettre suivante de notre excellent confrère du Havre :

Mon cher Directeur,

Dans le nº du *Concours* d'hier 10 mars 1888, je trouve l'annonce suivante : « Un docteur en médecine « très honorable, âgé de 40 ans, incapable, pour « raisons de santé, de remplir des fonctions actives « demande, avec instance, aux membres du Con- « cours de lui procurer une position sédentaire mé- « dicale ou extra-médicale ».

Vous rappelez-vous que l'année dernière je vous ai parlé d'une œuvre à fonder pour faciliter à certains d'entre nous l'obtention de postes dans lesquels les fatigues physiques sont presque nulles, mais aussi dans lesquels on peut encore utiliser les facultés intellectuelles dont on est doué et qui, elles, sont encore intactes.

L'annonce que publie aujourd'hui le *Concours* me paraît être une excellente entrée en matière pour une campagne en faveur de cette idée au développement de laquelle il faudra encore convier l'Association. Il est évident, en effet, que si nous pouvons répondre à la demande du confrère, nous aurons encore fait une bonne œuvre d'hygiène professionnelle, en l'empêchant de choir dans la misère, et de retomber à la charge de l'Association, et en même temps ce sera une bonne œuvre sociale puisque nous aurons pu utiliser au profit de la Société les forces intellectuelles du confrère.

Votre bien dévoué.

MARGUERITTE.

11 mars 88.

Cher confrère,

Nous acceptons bien volontiers la proposition que contient votre lettre et pour y donner la suite qu'elle comporte, nous vous prions de formuler, pour les membres du Concours, une proposition qui traduira votre idée d'une façon pratique.

Nous serons entièrement à votre disposition pour la mettre à exécution sous la forme que vous aurez adoptée. Le promoteur des syndicats en France a toute qualité pour être l'initiateur d'une organisation nouvelle, au bénéfice du corps médical.

Bien à vous.

A. CÉZILLY.

TRAVAUX ORIGINAUX

Traitement de l'hydro-salpingite par l'électricité.

Par M. G. APOSTOLI.

Voici les conclusions sommaires d'un travail du Dr G. Apostoli sur le traitement des salpingites par l'électricité.

1º La fièvre et l'état inflammatoire ne sont pas une contre-indication absolue en gynécologie à l'application méthodique et appropriée du courant galvanique.

2º Les inflammations non suppurées des annexes de l'utérus peuvent être utilement traitées par le courant de pile qui, s'il est favorable dans les périodes congestive et inflammatoire au premier degré, me paraît au contraire contre-indiqué dans le cas de suppuration confirmée ; j'en excepte toutefois le cas où la cautérisation électrique, sous forme tubulaire, servirait à créer au pus, voisin de la paroi vaginale, une issue plus favorable et plus sûre.

3º La galvano-caustique pénétrante, sous forme de galvano-puncture, est un précieux moyen qui peut remplir un double but : *a*) faire avorter une phlegmasie au début et arrêter un processus inflammatoire dans son évolution ; *b*) permettre l'évacuation facile d'une collection liquide grâce à la chute de l'eschare consécutive, à la condition toutefois que cette collection soit accolée au cul-de-sac vaginal.

4º Tout exsudat inflammatoire faisant saillie dans le cul-de-sac vaginal doit être justiciable, (sauf les restrictions que je ferai connaître ultérieurement), de la galvano-caustique pénétrante.

5º Cette méthode pourra s'appliquer avec succès à certaines salpingites et à l'hydro-salpingite, et avec d'autant plus de facilité et d'innocuité qu'il y aura une juxtaposition plus intime de la tumeur et de la paroi vaginale.

6º Dans toute galvano-puncture, on devra scrupuleusement observer les règles que j'ai précédemment formulées concernant : le siège de la ponction — sa profondeur — la grandeur du trocart — les soins antiseptiques — le repos de la malade — etc...

7° Deux seules galvano-punctures vaginales négatives dans un cas d'hydro-salpingite aigu ont suffi pour amener très rapidement une régression considérable anatomique et une guérison absolue symptomatique.

BULLETIN DES SYNDICATS
ET DE
L'UNION DES SYNDICATS

Directeur : Dr BARAT-DULAURIER

De l'assistance médicale dans les campagnes

Rambervillers (Vosges), ce 9 mars 1888.

Mon cher Directeur,

La question de l'*Assistance médicale dans les campagnes* est décidément à l'ordre du jour, et, pour la faire aboutir, il importe que nous fassions autour d'elle une agitation persévérante. Ce n'est qu'à ce prix que nous nous faisons écouter des pouvoirs publics, auxquels, la plupart du temps, il faut forcer la main.

Le docteur Gassot a, dans le numéro du *Concours* du 18 février, présenté à vos lecteurs le mode du fonctionnement du service d'assistance en vigueur dans le Loiret. Je crois utile de leur faire connaitre à mon tour le système d'assistance des Vosges. En rappelant brièvement comment et après quels efforts et quelles luttes ce système a fini par voir le jour et être mis en pratique, je peux rendre service aux confrères que cette question préoccupe.

C'est poussé par le corps médical que notre ancien préfet M. Bœgner, actuellement préfet du Loiret, a abordé franchement cette étude. Il n'existait dans notre département aucun service d'assistance. A diverses reprises nous avons signalé cette lacune à notre administrateur. L'intelligence et l'esprit de suite qui étaient, qui sont encore, les qualités maîtresses de ce fonctionnaire lui ont permis de mener à bien cette œuvre. Mais après quelles hésitations, quels remaniements !

Le système qui dès la première heure devait être établi était connu sous le nom de *médecine cantonale*, système qui fonctionne encore actuellement dans le Loiret, en Meurthe-et-Moselle, dans le territoire de Belfort, etc., et qui, avant l'annexion depuis un grand nombre d'années, était parfaitement organisé en Alsace. Dans ce mode d'assistance, les médecins, nommés par le préfet, ont une allocation fixe, une circonscription nettement délimitée. Ils sont révocables à volonté. A nos débuts, la commission médicale qui avait été nommée avait, avec le docteur Liétard, de Plombières, accepté en principe ce mode d'organisation.

Sur ces entrefaites, je pris connaissance dans les colonnes du *Concours*, d'un travail très étudié du Dr Mignen, de Montaigu (un confrère auquel nous devons rendre justice lorsque l'occasion s'en présente, et qu'on semble un peu trop oublier en ce moment), sur un mode d'assistance désigné sous le nom de *système landais*. Ce système me séduisit. Je m'en fis l'apôtre dans les Vosges. Notre association syndicale le prôna à son tour, et comme la question était toujours pendante, un projet de règlement, rédigé par les soins du bureau de notre syndicat et en opposition au projet primitif fut soumis à la bienveillante appréciation de l'administration.

Notre syndicat médical savait, alors déjà, se faire écouter et le préfet était obligé de tenir compte de l'opinion que notre association formulait avec autant de décision.

Dans notre projet, trois points principaux avaient été clairement mis en lumière.

Ces trois points, sur lesquels vous voudrez bien me permettre de m'appesantir un instant, forment les bases fondamentales de notre système d'assistance actuel. Ces bases reposent sur des idées d'équité, de justice, de solidarité professionnelle, qui méritent, à mon sens, toute notre attention, et qui devraient, en quelque sorte, servir de thème à toute organisation générale.

Nous avons demandé et nous avons obtenu que *tous les docteurs en médecine et officiers de santé, exerçant dans le département et acceptant les statuts du service, fussent* DE DROIT *membres de ce service.* De cette façon, nous fermions la porte à toutes les intrigues politiques, nous nous opposions à toutes les manœuvres de favoritisme.

Dans le *système cantonal*, dans lequel un ou deux médecins, par canton, sont nommés par le préfet, à l'exclusion des autres praticiens, il existe une prépondérance choquante qui provoque la jalousie, les rivalités, les haines confraternelles. La situation du médecin du service sanitaire dépend, dans ce cas, de la faveur administrative, et en partie du caprice des maires. A ce point de vue elle a moins de dignité, et dans les Vosges, nous n'aurions jamais accepté ce mode de nomination.

Des scandales récents, et qui se sont passés dans les départements voisins, nous ont prouvé jusqu'à quel point nous avions eu raison. Nous avons vu un médecin du service remercié par son préfet parce que ce confrère avait affiché des sentiments politiques qui n'étaient pas du goût de l'administrateur et remplacé par un collègue qui, lui, avait pendant la période électorale, manœuvré dans le bon sens. En Meurthe-et-Moselle, nous avons vu un maire demander avec instances la révocation d'un médecin et obtenir cette révocation inique de l'administration. Ce maire, qui n'avait pas craint de mettre la diffamation à son service, a été traduit en cour d'assises et, heureusement pour notre confrère, condamné.

Il n'y a pas longtemps que la question de la nomination des médecins des hôpitaux de province était sur le tapis. Elle y est toujours. Nous avons été unanimes à déclarer que la nomination de ces médecins par les commissions administratives constituait un danger pour la profession, que cette dépendance, source d'abus, de vexations, de tracasseries, abaissait la dignité médicale. Eh bien, la dépendance dans laquelle se trouveraient les médecins de l'assistance, vis-à-vis de l'administration, si un autre mode de nomination que celui qui a été adopté dans les Vosges était généralisé, me semble tout aussi désastreuse pour notre liberté. Accepter d'être à la merci de l'administration qui nous révoquera selon son bon plaisir, pour cause politique ou par caprice, peut être considéré par quelques-uns comme une déchéance professionnelle que bon nombre d'entre nous ne voudront pas subir.

Possédant tous le même diplôme, nous avons tous les mêmes droits, ces droits sont inaliénables, et nous ne sanctionnerons pas, par notre adhésion, un mode de nomination qui formera, parmi nous, une classe de *favoris*, au détriment de ceux qui n'auront pas voulu aliéner cette indépendance, dont nous sommes justement si fiers.

Combien le mode de nomination que nous préconisons ménage mieux les sentiments et comme il est plus en rapport avec les idées de solidarité professionnelle qui ont toujours été bravement défendues par le *Concours Médical !*

Si l'idée de l'organisation médicale dans les campagnes, arrivée enfin à maturité, est destinée à passer de la théorie à la pratique, si cette organisation doit s'étendre à toute la France et émaner, comme cela doit être, d'une direction générale de la Santé publique, il faut que nous proclamions hautement et dès maintenant, qu'à côté de notre dévouement qui est, d'ores et déjà, acquis à l'administration, nous voulons conserver *toute* notre liberté, que nous ne voulons pas être une nouvelle armée de fonctionnaires, se faisant petits et muets pour passer inaperçus et courbant servilement l'échine pour ne pas être mis à la porte. Que d'exemple n'avons-nous pas sous les yeux ! Si la solidarité confraternelle n'est pas un vain mot, il faut que tous ceux qui n'ont pas démérité et qui ont les mêmes

droits, soient appelés *tous* à concourir à ce but noble et louable : soulager le pauvre. Et si une modeste rémunération est le prix de nos peines, il ne faut pas que quelques privilégies, à l'exclusion d'autres praticiens tout aussi méritants, soient seuls admis, parce qu'ils sont bien pensants, à grossir les rangs de l'immense troupeau qui déjà émarge au budget.

Nous ne devons pas hésiter et en tête du règlement d'assistance que le corps médical soumettra aux pouvoirs publics, nous soulignerons cette première proposition, juste, équitable, vraiment digne et vraiment confraternelle : *seront* DE DROIT *médecins du service d'assistance tous les docteurs en médecine et les officiers de santé qui accepteront les statuts.*

Je ne crois pas que ce qui est applicable et appliqué dans les Vosges ne puisse être mis en pratique ailleurs. Les principes que nous soumettons à la discussion sont du domaine médical. Notre dignité et notre indépendance sont unes et doivent rester unes, en amont comme en aval de Paris. Il se peut que dans certains départements — je citerai le Loiret — le système de la médecine cantonale fonctionne à la satisfaction de tous, médecins, indigents, administrateurs. Cela ne prouve en aucune façon que ce système ne recèle pas en lui-même un vice d'organisation dont les faits que j'ai relatés plus haut sont l'éclatante démonstration. Avec le mode de nomination et de fonctionnement, auquel nous avons donné la préférence, le médecin honnête et faisant son devoir est à l'abri de toute vexation administrative. Il reste libre et indépendant. Qui de nous ne le voudra ?

Comme corollaire de cette première proposition, nous avons demandé que le malade indigent fût laissé libre de choisir, dans son rayon, le médecin auquel il a donné sa confiance. Sur ce point, comme sur le précédent, nous étions en désaccord avec l'organisation adoptée pour la médecine cantonale, organisation dans laquelle les indigents ont un médecin imposé par l'administration.

Il était tout naturel que les médecins ne fussent pas seuls à bénéficier des dispositions essentiellement libérales que nous avons fait introduire dans le règlement de notre service d'assistance. La confiance dans un praticien, quelle que soit la valeur de ce dernier, ne peut être imposée à personne et c'était, à notre avis, *blesser la conscience et la liberté* de l'homme que d'obliger un malheureux, parce qu'il est malheureux, à s'adresser à tel médecin plutôt qu'à tel autre. Dans une réunion récente, notre commission sanitaire, s'inspirant de ce principe de liberté absolue pour le malade indigent, a déclaré que l'officier de santé devait, par cela même, être mis sur le même rang que le docteur en médecine.

Nous avons voulu la liberté du malade et du médecin. Nous nous sommes opposé à la formation de circonscriptions nettement délimitées. Pour rester logiques nous ne devions pas accepter d'allocations fixes. Quoi de plus juste, de plus équitable que de rémunérer le médecin du service proportionnellement aux fatigues subies, aux services rendus. Si dans l'établissement des notes d'honoraires quelques abus se produisent, ils sont facilement réprimés par la commission médicale, que les médecins du service ont librement nommée, commission à laquelle ils ont confié le soin de signaler les améliorations à introduire dans le fonctionnement du service et de défendre les intérêts médicaux auprès de l'administration.

En acceptant de donner, à titre gratuit, toutes nos consultations aux indigents, nous avons prouvé que nous étions resté désintéressés et qu'en aidant de tout notre pouvoir à l'organisation d'un service sanitaire dans les Vosges, nous nous étions surtout préoccupés d'adoucir la situation de ces malheureux, livrés à leurs seules ressources et à leur seule initiative, et auxquels les secours de la médecine étaient refusés jusqu'alors.

Notre administrateur n'a demandé aux communes qu'une allocation de 7 cent. 1/2 par tête d'habitant. C'est une charge bien modeste pour ces communes. Mais cette allocation nous suffit. En supposant que les ressources du service : allocation des communes, subventions de l'Etat, du département soient insuffisantes — elles ne l'ont pas été jusqu'à cette heure, — nous avons déclaré que nous accepterions toutes les réductions nécessaires, pourvu que ces réductions fussent supportées par tous les médecins du service.

De cette façon, le budget est toujours facile à équilibrer. Il ne doit jamais être en déficit, puisqu'en tout cas, nous limitons nos prétentions aux fonds disponibles.

En somme, mon cher Directeur, nous sommes satisfaits du mode d'assistance qui fonctionne dans les Vosges.

Nous n'avons rien sacrifié de notre dignité, de notre indépendance, et tout en recevant une modeste rémunération, rémunération proportionnelle aux services que nous pouvons rendre aux malheureux, nous prouvons aux populations et à l'administration que, pour le médecin, le désir, le besoin de se rendre utile prime toutes les autres considérations.

Je soumets avec confiance les arguments que je viens de développer et les statuts du système d'assistance des Vosges à l'appréciation de vos lecteurs. Je sais combien les membres du *Concours* et du corps médical français ont souci de leur dignité et de leur liberté.

Aussi suis-je persuadé que le système d'assistance qui sauvegardera cette dignité et cette liberté sera le seul que le pouvoir public aurait chance de faire accepter par les médecins de France.

(*A suivre*). Dr LARDIER.

NÉCROLOGIE

Après Amédée Latour, son successeur immédiat Foville, voilà *Martineau*, le troisième secrétaire général de l'Association, qui vient de succomber d'une manière inopinée.

Ancien interne, médaille d'or de l'internat, médecin de l'hôpital de Lourcine, Martineau était bien connu pour ses travaux sur les maladies vénériennes et la gynécologie. Il laisse sa fortune à l'Association générale, sa bibliothèque et ses instruments à la salle de garde de Lourcine.

Le nom de Martineau sera inscrit à juste titre sur le livre d'or des bienfaiteurs de l'Association générale dont la liste s'accroît chaque année.

NOUVELLES

Dans sa séance de vendredi matin 9 mars, la Chambre des députés a voté la suppression des inspecteurs généraux de l'enseignement supérieur. Si le Sénat maintient cette suppression, il n'y aura plus d'inspecteur général dans l'ordre de la médecine.

— DOCTEURS EN MÉDECINE REÇUS PAR LES FACULTÉS FRANÇAISES PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1886-87 :

	1882-83	1883-84	1884-85	1885-86	1886-87
Bordeaux...	44	47	36	77	114
Lille........	20	18	12	12	14
Lyon........	43	53	56	42	48
Montpellier.	69	70	73	62	64
Nancy	21	18	22	17	26
Paris........	465	384	376	336	358
	662	590	575	546	624

Comme on le voit par ce tableau, le nombre des docteurs en médecine, qui allait en diminuant depuis trois ans, se relève et dépasse de 78 celui de l'année précédente. Cette augmentation est probablement accidentelle et tient au grand nombre de médecins de la marine qui ont été obligés, de par la nouvelle organisation du service de santé, de se faire recevoir docteurs. En effet, pendant l'année 1886-87, nous ne comptons pas moins de 99 diplômes délivrés aux membres du corps de santé de la marine par diverses Facultés françaises. Il n'est pas sans intérêt de connaître les facultés auxquelles s'adressent de préférence les médecins de la marine française pour obtenir leur diplôme. Bordeaux en a délivré 51, Montpellier 32, Paris 9, Lyon 7, Lille et Nancy 0. (*Lyon méd.*)

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX frères, place St-André, 3.

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE :

AVIS DIVERS

CAISSE DES PENSIONS DE RETRAITE
du corps médical français.

L'*Assemblée générale* annuelle de la *Caisse des pensions de retraite* aura lieu le dimanche 8 avril, à 10 heures du matin, chez M. le docteur Delefosse, 22, place Saint-Georges, sous la présidence de M. Dujardin-Beaumetz.

La réunion statutaire du *Comité-Directeur* de la caisse aura lieu le samedi 7 avril, à 10 h. du matin ; celle du *Comité des censeurs* le même jour, à 11 heures, chez le président de l'œuvre, M. Dujardin-Beaumetz, 176, boulevard Saint-Germain.

2° Le *Conseil de Direction du Concours* et le *Bureau* de *l'Union des Syndicats*, tiendront une séance le 9 avril, à 9 h. du matin, au bureau du journal.

Les membres du Concours qui auraient des propositions à leur soumettre sont invités à les adresser sans retard.

3° Pour le même jour, à la même heure, on a convoqué la Commission nommée par *l'Union des Syndicats*, relative à *l'organisatoin de la médecine publique* et dont font partie MM. Lardier, Gauthier, Lécuyer, Gassot, Mignen, Chaumier, Leroy et le Bureau de l'Union.

Et la Commission qui doit s'occuper de *l'Ordre des médecins*, composée de MM. Lasalle, Gibert, Toussaint, Bibard, Chevandier et Surmay.

Avis aux Membres du Concours.

La discussion de la *Revision de la législation* vient à la rentrée. Les députés partent en vacances. Le moment est opportun pour les membres du Concours et pour ceux des Syndicats, de faire des démarches personnelles auprès de leurs députés. Nous ne pouvons trop insister sur la nécessité de cette intervention directe de nos lecteurs. Le résultat est entre leurs mains.

LA SEMAINE MÉDICALE

Ouverture du cours de pathologie et de thérapeutique générales de M. Bouchard.

Le professeur que l'état de sa santé, quelque temps altérée par les fatigues de l'enseignement, avait obligé à se faire suppléer l'année dernière par M. le Dr Troisier, a repris ses leçons le 22 mars devant un public plus nombreux que jamais. Sa première leçon a été consacrée à montrer quel lien unit le sujet qu'il a choisi cette année (thérapeutique des maladies chroniques infectieuses) à son enseignement antérieur.

Il y a 4 ans, M. Bouchard avait traité la thérapeutique des maladies chroniques diathésiques. Il a montré à cette époque quelle conception on doit se faire d'une maladie chronique, maladie dans laquelle la permanence de la cause empêche l'effort curateur naturel de l'organisme de ramener la santé. Dans

les diathèses, c'est un trouble permanent de la nutrition qui fait obstacle à la guérison des accidents morbides ; pour les maladies infectieuses, c'est la présence et la multiplication des microbes dans l'organisme qui empêche la réaction vitale d'aboutir à la guérison.

M. Bouchard a constaté le triomphe définitif de la doctrine pastorienne dans la pathogénie et il a rappelé qu'aucune grande découverte ne s'était imposée en aussi peu d'années; quatre-vingts ans après que Harvey eût fait connaître la circulation du sang, l'Académie des sciences écoutait encore des attaques acerbes de l'anatomiste Méry contre l'œuvre du grand physiologiste anglais !

La doctrine pastorienne a été féconde en résultats thérapeutiques heureux. Au point de vue de la chirurgie, personne ne le conteste plus, elle a permis d'abord de prévenir l'infection de l'organisme par les germes venus du dehors. Mais la chirurgie et la médecine savent en outre guérir des infections réalisées. Le professeur cite les exemples si convaincants des progrès accomplis par l'application de plus en plus fréquente de la thérapeutique locale : scarification du lupus, curage des abcès froids, ablation des ganglions tuberculeux, guérison des péritonites par perforation, traumatiques ou ulcéreuses grâce à la laparotomie, etc. Tous ces progrès thérapeutiques sont dus à l'intervention de plus en plus fréquente et hardie de la chirurgie, aidée de l'antisepsie.

Puisque le domaine de la chirurgie s'étend de jour en jour, il est indispensable que le médecin devienne quelque peu chirurgien, c'est-à-dire adroit de ses mains, et l'enseignement devrait se préoccuper un peu plus de cette évolution dans la médecine en modifiant l'éducation des jeunes médecins dans un sens plus chirurgical, en les exerçant à faire toutes les opérations d'urgence sans avoir besoin d'appeler à leur aide des chirurgiens, qui dans les villes tardent quelquefois à venir et dans les campagnes font défaut.

Si le professeur fait l'éloge de la thérapeutique *locale, ce n'est nullement pour* déprécier la thérapeutique générale, dont il a dans les années précédentes montré l'importance et les indications. Parmi les agents de la thérapeutique générale, il persiste à croire, malgré les critiques plus spécieuses que solides qui lui ont été faites, que l'antisepsie générale, intérieure, doit donner dans l'avenir les plus heureux résultats.

Après avoir retracé rapidement l'étendue de jour en jour croissante des connaissances que l'observation et l'expérimentation nous ont permis d'acquérir sur la biologie des microbes et les moyens de les asservir à nos besoins, M. Bouchard s'étonne qu'on prétende entraver par des aphorismes dogmatiques les tentatives de ceux qui veulent utiliser dans un but thérapeutique notre puissance sur les microbes ; pour sa part, il croit le moment venu de poser résolument la question de l'antisepsie générale et, s'il a choisi pour cette année l'étude thérapeutique des maladies infectieuses chroniques, c'est parce qu'elles permettent de mieux juger la valeur de la thérapeutique antiseptique.

Recherches expérimentales sur l'intoxication chronique par l'alcool.

MM. *A. Mairet et Combemale* ont fait connaître à l'Académie des sciences les résultats d'une série de recherches expérimentales sur des chiens jeunes, robustes, intelligents, sans tare aucune, recherches qui complètent heureusement les travaux que nous avions publiés récemment.

L'alcool, calculé toujours absolu, était étendu d'environ dix fois son poids d'eau et introduit deux fois par jour dans l'estomac, à l'aide de la sonde œsophagienne. Les doses, d'abord faibles, ont été progressivement augmentées et portées exceptionnellement et passagèrement jusqu'à 8 et 10 grammes par kilogramme du poids du corps, la dose moyenne étant de 5 à 6 grammes.

De ces nouvelles recherches il résulte que l'intoxication chronique par l'alcool donne lieu chez le chien à des poussées délirantes, caractérisées plus particulièrement par des idées de peur avec hallucinations pouvant porter sur divers sens. A ces symptômes, qui marquent généralement le début des troubles psychiques, s'ajoutent bientôt de l'affaiblissement intellectuel et des troubles musculaires d'ordre ataxique et paralytique, qui débutent par l'arrière-train, ou mieux peut-être qui ont leur maximum au début dans cette région, et qui se généralisent rapidement comme dans la paralysie générale. A l'autopsie, on retrouve les lésions principales qui caractérisent cette dernière maladie : inflammation diffuse méningo-encéphalique et dilatations vasculaires des centres cérébraux.

Résultats obtenus par la méthode Pasteur chez les personnes mordues par des animaux enragés dans le département de la Seine en 1887.

C'est avec une grande satisfaction que nous enregistrons ce nouveau témoignage en faveur d'une méthode que nous avons été des premiers dans la presse médicale à soutenir contre les attaques injustes et passionnées d'une partie de nos confrères.

En déposant le rapport annuel fait au préfet de police, au nom du Conseil d'hygiène et de salubrité du département de la Seine, sur les cas de rage humaine qui ont été observés pendant l'année 1887, M. *Dujardin-Beaumetz* communique les résultats obtenus par la pratique des inoculations antirabiques chez les personnes mordues par des animaux enragés dans le département de la Seine.

306 personnes habitant le département de la Seine se sont présentées, en 1887, à l'Institut Pasteur. Ces 306 personnes se divisent ainsi :

64 avaient été mordues par des animaux dont la rage a été reconnue expérimentalement : 199 par des animaux dont la rage a été attestée par des certificats de vétérinaires ; 43 par des animaux sur lesquels on n'a eu aucun renseignement.

Sur ces 306 personnes, il y a eu 2 décès, ce qui fait une mortalité de 0,65 p. 100. Cette mortalité s'élève à 0,76 p. 100, si l'on retranche du chiffre total des personnes mordues les 43 mordues par des animaux sur lesquels on n'a eu aucun renseignement.

Si d'autre part, on se reporte à la liste établie par la Préfecture de police, on voit que 44 personnes de cette liste ne figurent pas sur celle dressée par l'Institut Pasteur. Ces 44 personnes, non traitées dans cet Institut, ont fourni 7 décès, ce qui fait une mortalité de 15,90 p. 100.

Ces deux chiffres, mortalité de 15,90 *pour les personnes non traitées, et de* 0,76 *pour les personnes traitées, paraissent être un témoignage éclatant de la valeur réelle de la méthode des inoculations.* Et

encore faut-il ajouter que les deux décès observés à la suite des inoculations ont frappé des individus qui n'ont pas suivi le traitement avec toute la régularité désirable. *La mortalité s'est donc abaissée de* 15,90 *à* 0,76, *grâce à la méthode*, et tout fait espérer qu'elle s'abaissera encore jusqu'à devenir nulle, suivant les prévisions de M. Pasteur.

Prophylaxie de la rage par la surveillance des chiens.

M. *Féréol*, en présence du nombre toujours croissant des chiens enragés et des personnes mordues dans le département de la Seine a demandé que l'Académie appelle l'attention de l'autorité compétente sur cet état de choses (1).

MM. *Dujardin-Beaumetz* et *Leblanc* ont appuyé la proposition de M. Féréol.

Sur la proposition de M. le président *Hérard*, MM. Dujardin-Beaumetz, Féréol et Leblanc, après s'être concertés, présentent à l'approbation de l'Académie la proposition suivante :

« L'Académie, considérant que le nombre des cas de rage canine ne cesse d'augmenter dans le département de la Seine et dans la France entière ; que, par suite, le nombre des personnes mordues suit une progression croissante, est d'avis qu'il y a lieu de rappeler aux pouvoirs compétents les conclusions adoptées en 1885 par l'Académie sur cette question, et, en conséquence, réclame l'adoption d'urgence des mesures suivantes:

A. Utilisation du personnel des gardiens de la paix, ou, à son défaut, création d'un personnel spécial.

B. Obligation de faire porter aux chiens une médaille constatant le paiement de la taxe, médaille dont le modèle variera chaque année.

C. Application rigoureuse des articles 53 et 54 du décret du 22 juin 1882, ainsi conçus:

Art. 53. — « L'autorité administrative pourra, lorsqu'elle croira cette mesure utile, particulièrement dans les villes, ordonner par arrêté que tous les chiens circulant sur la voie publique soient muselés ou tenus en laisse. »

Art. 54.— « Lorsqu'un cas de rage a été constaté dans une commune, le maire prend un arrêté pour interdire pendant six semaines, au moins, la circulation des chiens, à moins qu'ils ne soient tenus en laisse.

« La même mesure est prise pour les communes qui ont été parcourues par un chien enragé. »

Pathogénie du délire iodoformique.

M. *Jeannet* a étudié à un point de vue nouveau les accidents nerveux que peut causer l'intoxication par l'iodoforme.

M. Jeannel rappelle que les accidents toxiques imputables à l'iodoforme sont classés en général en deux catégories : accidents légers (embarras gastrique, tristesse, insomnie, agitation nocturne), accidents graves (délire passager ou de longue durée, aliénation mentale temporaire ou définitive, mort dans le délire). Mais l'iodoforme ne produit pas ces accidents graves chez toutes les personnes ; ils ne sont donc pas le résultat unique de l'action chimique de ce corps. La différence d'action de l'iodoforme suivant les sujets s'explique plutôt par l'état cérébral antérieur du blessé. Chaque fois que M. Jeannel observe chez un blessé pansé à l'iodoforme un délire passager ou permanent, il s'inquiète de savoir si le blessé n'avait pas une tare cérébrale antérieure, et il s'est demandé si la forme délirante de l'intoxication iodoformique n'était pas spéciale aux aliénés, aux détraqués, ou bien aux cérébraux et aux alcooliques.

De telle sorte que le délire iodoformique exigerait une trilogie de conditions pathogéniques, à savoir : une plaie, une tare cérébrale, un pansement à l'iodoforme.

A l'appui de cette opinion, M. Jeannel a invoqué un grand nombre d'observations empruntées à sa pratique et à la littérature médicale.

Le fait important qui me paraît se dégager de cette étude, conclut-il, est celui-ci : « En dehors des cas où l'iodoforme est employé, sous forme de pansement, à des doses excessives, lorsque cet agent est manié par le même chirurgien, de la même façon chez tous les blessés, des accidents cérébraux, tels qu'un délire calme et passager ou même un véritable délire maniaque prolongé et définitif, peuvent éclater.

Dans tous les cas où j'ai observé les susdits accidents, les blessés étaient atteints d'une tare cérébrale antérieure : c'étaient des malades (alcoolisme ou méningite chronique), des aliénés ou des candidats aliénés. En d'autres termes, s'il m'était permis de formuler en une équation, le résultat de mes observations, en ce qui concerne le délire dit iodoformique, je dirais :

1° Traumatisme, pas de tare constitutionnelle, pansement à l'iodoforme : pas de délire.

2° Traumatisme, tare constitutionnelle non cérébrale, pansement à l'iodoforme : pas de délire ;

3° Traumatisme, tare cérébrale, pansement non à l'iodoforme : délire chez les malades (méningites, alcoolisme), pas de délire chez les aliénés ;

4° Traumatisme, tare cérébrale, pansement à l'iodoforme : délire d'intensité variable.

Prophylaxie publique de la syphilis. (Suite).

La discussion s'est continuée par le vote des conclusions de la commission avec les modifications principales réclamées par les divers orateurs.

Le dernier qui ait pris la parole n'a pas été le moins brillant ; M. Trélat a traité un point qui n'avait pas été suffisamment abordé par ses prédécesseurs à la tribune, la question des mineures en matière de prostitution.

Et cependant, dit M. Trélat, après les faits communiqués par M. Fournier, après ceux dont on trouve le récit dans une brochure de M. Commenge relative à la discussion sur la prophylaxie de la syphilis devant l'Académie de médecine de Belgique, il est inutile d'insister pour démontrer jusqu'à quel degré les mineures contribuent à la propagation de la syphilis. En 1887, 106 filles ont été envoyées par le dispensaire à Saint-Lazare ; sur ces 106 filles, 76, c'est-à-dire les deux tiers ont moins de vingt et un ans.

Cette statistique montre que la fille mineure est spécialement disposée à contracter la syphilis et qu'elle en est fréquemment atteinte. Elle est spécialement disposée à contracter la syphilis parce qu'elle est jeune, parce qu'elle est maladroite, sans expérience des moyens qui l'empêcheront de recevoir la semence syphilitique dès qu'elle se présentera.

Elle est très fréquemment atteinte, parce que la

(1) Séance du 20 mars.

loi n'a pas d'action sur elle et qu'elle est tout entière entre les mains de l'autorité paternelle en vertu du Code civil.

Il paraît donc indispensable que les mineures puissent être atteintes par la loi, et l'Académie fera bien de formuler ce desideratum dans ses conclusions.

Satisfaction a été donnée à l'orateur et, après le discours de M. Trélat, M. le Président met aux voix les articles IV, V et VI du rapport de la commission ; ils sont ainsi conçus :

Art. IV. — Ces divers ordres de provocation ayant pour conséquence la dissémination des maladies syphilitiques, l'Académie réclame des pouvoirs publics une loi sanitaire réglant et fortifiant l'intervention administrative, en particulier à l'égard des mineures, et permettant d'atteindre la provocation partout où elle se produit.

Art. V. — La sauvegarde de la santé publique exige que les filles se livrant à la prostitution soient soumises à l'inscription et aux visites sanitaires.

Art. VI. — Si l'inscription n'est pas consentie par la fille à qui l'administration l'impose, elle ne pourra être prononcée que par l'autorité judiciaire.

Ces trois conclusions sont mises aux voix et adoptées successivement à l'unanimité.

Art. VII. — Toute fille qui sera reconnue, après un examen médical, affectée d'une maladie vénérienne, sera internée dans un asile sanitaire spécial.

Cet asile sera exclusivement ce qu'il doit être, à savoir un hôpital, dont les malades ne pourront sortir qu'après guérison des accidents transmissibles.

(Après quelques observations de M. Trélat qui demande le vote séparé sur les deux parties de cet article, la conclusion est adoptée).

Art. VIII. — Les filles inscrites seront soumises à *une* visite *hebdomadaire*, visite complète et de date fixe. (Adopté.)

Art. IX. — Les mesures de surveillance et de prophylaxie qui fonctionneront dans la capitale seront rigoureusement exécutoires dans les départements.

En province, les filles reconnues affectées de maladies vénériennes seront hospitalisées dans un service spécial.

(Après quelques observations de MM. Trélat, Le Roy de Méricourt, Brouardel, Lagneau et Legouest, l'article IX est supprimé.)

TRAVAUX ORIGINAUX

A propos de l'Etiologie du tétanos.

La récente communication du professeur Verneuil à l'Académie des sciences et ses recherches antérieures sur l'origine équine du tétanos donnent peut-être quelque actualité aux 10 cas de cette affection qui viennent de se succéder dans ma pratique.

Je m'abstiendrai d'en tirer aucune conclusion ; elles me serviront seulement de prétexte pour exprimer certaines objections cliniques qui m'empêchent d'avoir une opinion ferme sur les causes du tétanos.

Peut-être M. Verneuil trouvera-t-il qu'elles sont favorables à l'hypothèse dont il est le champion aussi éminent que convaincu : tant mieux si, ainsi interprétées, elles permettent d'y voir un peu plus clair dans une question obscure ! Je ne cherche que le plein jour de la certitude, et non une discussion à armes tout à fait inégales sur la bactériologie, la culture et l'inoculation du microbe tétanigène.

1er cas. — Sabotier, 50 ans ; travaille dans un terrain vague non cultivé, mais où les chevaux pouvaient aller paître. Un hêtre en tombant lui fracture la jambe dans l'articulation tibio-tarsienne, vaste plaie. On le conduit à l'hôpital dans une voiture attelée d'un cheval. Amputation le lendemain dans une salle où la sœur ne se souvient pas avoir vu de tétanos.

Un mois après, la cicatrisation de la plaie étant presque achevée, le vent brise pendant la nuit une vitre près du lit de l'opéré. Tétanos quelques heures plus tard. Traitement par les injections hypodermiques de morphine, le chloral, la chaleur, l'immobilité : mort en 3 jours.

2e cas. — Luxation de la 2e phalange du médius chez un ivrogne syphilitique à la suite d'une chute sur la route. Arthrite, qui nécessite la désarticulation métacarpo-phalangienne. Avant sa guérison, 15 jours après l'accident primitif, l'opéré, ivre, erre une partie de la nuit sous une pluie froide. Tétanos, même traitement, mort en trois jours. Cet homme, 35 ans, laboureur, n'avait pas de cheval, ne se servait que de bœufs, mais il y avait des chevaux dans son village.

3e cas. — Une femme de 45 ans tombe d'un arbre sur un talus que ne souillait aucune déjection animale, et se luxe le poignet. Le 5e jour, tumeur, puis contractures généralisées. Traitement de Verneuil, mort en 4 jours.

Dans ce cas, qu'on peut désigner, suivant Richelot, sous le nom de tétanos traumatique sans plaie, il a été impossible de trouver un instant où la malade aurait pu être en contact avec des chevaux. Disons cependant qu'il y en avait dans le village.

4e cas. — Un enfant de 14 ans, assis sur le timon d'une voiture conduite par un cheval, tombe sur la route et se fait une large plaie à la tempe. Cette plaie, qui fut d'abord très mal lavée, contenait encore, plusieurs jours après la chute, de la terre et des débris végétaux : je n'y vis point de souillures d'animaux. Au bout de 8 jours, tétanos hydrophobique ; le malade avait des spasmes terribles à la moindre tentative de déglutition. Il mourut dans l'un de ces spasmes, le 3e jour, malgré les injections de morphine et les lavements de chloral.

5e cas. — Fracture comminutive du crâne, au niveau du pariétal droit, avec plaie contuse et enfoncement considérable des fragments. Le blessé, 45 ans, habite le même village qu'un équarrisseur qui abat en moyenne 4 ou 5 chevaux par semaine. Le coup a été asséné à l'aide d'une grosse pierre ramassée à la porte même de l'équarrisseur. Vers le 8e jour, le tétanos éclate, reproduisant la variété décrite en 1880 par Gosselin. Trismus unilatéral du côté blessé, avec chute complète de la paupière supérieure. La commissure labiale correspondante est fortement tirée en arrière et en haut ; douleur sourde dans le masséter, en avant de l'oreille. De plus, le malade m'offrait pour la première fois de ma vie ce syndrôme que Charcot appelle « lenteur permanente du pouls avec crises épileptiformes » : 40 pulsations à la minute, et il y avait par jour 5 ou 6 attaques de trépidation généralisée avec perte de connaissance. 8 jours après le début du tétanos, entrée à l'hôpital. La plaie était presque cicatrisée ; il restait seulement un trou d'un centimètre de diamètre, au fond duquel on voyait le pus s'élever et disparaître avec un rythme isochrône aux battements du cœur. Après une incision cruciale de la peau, j'agrandis avec la gouge et le maillet l'hiatus crânien, et je retirai du fond de cette cavité 30 esquilles, plus un morceau de caillou, gros comme un haricot. Pansement antiseptique. Le soir eut lieu la dernière crise épileptoïde, et le trismus, ainsi que le ptosis, avait diparu à la fin de la semaine.

6e cas. — Un boucher, 21 ans, en dépeçant un veau, se donne un coup de couteau au niveau du canal in-

guinal ; hémorrhagie abondante par l'artère spermatique, à laquelle on remédie en ville par une suture de la boutonnière cutanée. De là, vaste épanchement sous la peau, sphacèle de la plaie et phlegmon de la cuisse.

Le blessé entre à l'hôpital : son lit est près du malade précédent. A chaque pansement, il est impossible d'éviter le refroidissement. Le 8° jour, tétanos ; traitement très énergique par la morphine et le chloral. Mort le 5° jour. — Ce blessé n'avait pas approché des chevaux depuis 5 mois ; jusqu'à cette date, il avait été domestique chez un prêtre dont il soignait le cheval.

7° cas. — Un homme en sueur s'arrête sous une porte cochère, où soufflait un vent très frais. Le lendemain, tétanos généralisé. Traitement de Verneuil, guérison en 15 jours. Cet homme, qui n'avait pas de plaie, est chiffonnier, possède un cheval, qu'il attelle et conduit tous les jours. Soigné à l'hôpital.

8° cas. — Un homme ivre, 45 ans, couche la nuit au bord d'un chemin où il ne paraissait pas y avoir de déjections animales. Le lendemain, entre à l'hôpital avec le tétanos. Opiacés et chloral, guérison en 3 semaines. Cet homme était journalier, sans cheval, mais cultivait la terre, et par suite maniait du fumier.

9° cas. — Le 14 juin, Mme G., dont le mari est receveur d'enregistrement, fait une courte promenade en voiture à un cheval. Le 27, elle se coupe un cor avec des ciseaux fins dont elle se servait uniquement pour la broderie. Le 28, tétanos, et le lendemain mort.

Cette jeune femme ne faisait jamais de jardinage, et n'approchait jamais des chevaux. Son mari n'en a pas.

10° cas. — Mon dernier sujet est un portefaix ivrogne, qui couche n'importe où, et souvent dans les écuries. Ayant eu les doigts écrasés par une porte fermée brusquement, il vient à l'hôpital avec le tétanos, et après des pansements émollients et un traitement par le chloral, il a la chance de s'en aller sain et sauf.

Voilà ma série pour une période de 4 années. Où est la source du mal ? La contagion humaine ne pourrait être invoquée que pour le 6e cas, car tous mes autres malades, sauf l'amputé, sont entrés à l'hôpital avec leur affection, ou bien elle est survenue à la campagne, dans des lieux différents.

Reste la contagion équine. De même que quelqu'un disait, pour expliquer une foule de choses : « Cherchez la femme », de même il faudrait dire maintenant pour remonter à l'origine du tétanos : « Cherchez le cheval. »

Il est certain qu'on le découvre très souvent ; mais le contraire m'étonnerait, tellement le cheval, à l'instar de la femme, est un animal répandu. Il abonde là surtout où les causes de tétanos traumatique ou par refroidissement sont innombrables : à la campagne. Là, tous les jours on s'entame la peau de quelque façon ; pendant les chaleurs de l'été, la sieste à l'ombre, sur l'herbe humide et fraîche, est un repos favori ; enfin, trop souvent, le soir, l'ivrogne tombe pour s'endormir à moitié route de l'auberge à son hameau.

Certaines professions sont presque à l'abri du tétanos, et cette immunité, suivant l'illustre chirurgien de la Pitié, tient à la rareté des contacts équins. Ne serait-ce pas aussi bien parce que les notaires, les bureaucrates, les tailleurs d'habits sont peu exposés à se faire écraser les doigts dans un engrenage de machine, et qu'ils s'abstiennent généralement de coucher à la belle étoile ?

Mes observations, prises à la campagne, comme celles que publie la *Revue de chirurgie*, rentrent dans la règle commune : on y trouve presque toujours du cheval.

Je remarque seulement que dans celle où il y en a le plus, la 5e, le mal a été léger, si l'on ne tient compte que de la terminaison, et que dans celle où il y a en le moins, la 9e, la mort a été foudroyante.

Parallèlement à cette accumulation de tétanos humain dont j'ai été le témoin, existe-t-il ici une fréquence extraordinaire du tétanos chez le cheval ? Voici sur ce sujet les renseignements que j'ai recueillis. Aucun de mes malades n'a été en contact, de près ou de loin, avec un animal tétanique, et de mémoire d'homme, il n'y avait pas eu de tétanos dans les environs.

Les principaux cultivateurs n'en ont jamais vu. Un équarrisseur a abattu dans une fabrique d'engrais plus de deux mille chevaux, pas un n'était *raide*. L'équarrisseur dont j'ai parlé plus haut parcourt les foires et les fermes où il achète à vil prix les chevaux vieux, fourbus ou malades, mais il n'en a pas encore rencontré un seul ayant les *crampes*. M. Cros, vétérinaire de l'arrondissement depuis 26 ans, n'a pas encore soigné de tétanos, et il a fait un grand nombre de castrations. M. Leson, jeune vétérinaire, vient d'être appelé dans un château voisin, pour visiter un cheval tétanique. Ce cas s'est montré loin de l'habitation de mes malades, et postérieurement à leur propre affection.

Un autre cas a éclaté l'an dernier au 2e régiment de chasseurs, à la suite d'une castration pratiquée par un froid exceptionnel, un autre il y a 4 ans, après une plaie. Et c'est tout, depuis 15 ans, sur mille chevaux environ.

Si le tétanos nous vient réellement du cheval, il est une statistique qui devrait le démontrer d'une manière bien frappante. A-t-elle été établie ? Je crois savoir que non : elle le mériterait. Que nos confrères militaires prennent un nombre égal de blessés dans la cavalerie, et dans l'infanterie : ici le chiffre des complications tétaniques devra être beaucoup moins élevé. — Il est évident qu'un régiment de cavalerie fournira plus de tétanos qu'un régiment de ligne, pour une raison identique à celle que j'ai invoquée pour expliquer la fréquence de la maladie à la campagne, et en général chez les manouvriers et sa rareté dans la clientèle riche ou sédentaire. Les ruades, les chutes, les morsures sont des causes quotidiennes de traumatisme pour les cavaliers.

D'après la théorie microbienne, pour devenir tétanique, le séjour dans la zone infectieuse ne suffit pas ; il faut une plaie pour servir d'entrée au microbe. Or, cette plaie existe toujours, affirment les partisans de la contagion, et si jusqu'à présent elle a souvent manqué, c'est qu'on l'a mal cherchée. Autrement dit, il n'y a pas de tétanos *a frigore*, il n'y a que des tétanos traumatiques.

Quant à moi, je l'ai cherchée, la lesion nécessaire, chez deux de mes malades, bien en vain, et cependant je n'étais nullement guidé par le secret désir de ne rien trouver.

Admettons qu'il existe toujours aux téguments une solution de continuité. Pour les cas réputés autrefois a frigore, elle devait être bien minime, puisqu'elle passait inaperçue aux yeux les moins myopes. Or, il résulte de toutes les statistiques que ces cas sont d'un pronostic beaucoup plus favorable que ceux ou la lésion est évidente, facile à constater. Ainsi, dans l'armée allemande, pendant la guerre de 1870, le tétanos après blessure a entraîné la mort dans la proportion de 90.5 %, et le tétanos sans plaie dans celle de 31.25 %. Il faudrait donc mesurer la gravité de la maladie aux dimensions de la porte d'entrée du microbe.

Ma liste renferme 2 cas spontanés, 2 guérisons ; 8 cas traumatiques, 1 guéri par pansement convenable et les opiacés, 1 autre par opération.

Cela m'amène à parler de l'efficacité du traitement chirurgical du tétanos : elle est indéniable. Le blessé dont j'ai nettoyé la boîte crânienne en est un exemple; il y a en a bien d'autres. Dans certains cas, les contractures ont disparu le jour même de l'intervention ou le lendemain. Berger a obtenu une guérison rapide par la désarticulation du coude chez un homme atteint de tétanos consécutif à un écrasement du poignet.

Larrey a pratiqué la névrotomie 2 fois avec succès.

Letiévant compte 10 succès contre 6 revers par la même opération.

Edwards résèque 4 centim. du nerf saphène pour un tétanos dû à une plaie du talon, et la guérison s'en suit.

Verneuil, au 8e jour d'un tétanos par écrasement de la main, soumet à une élongation forcée le médian et le cubital, et son malade est sauvé.

Les vétérinaires font la névrotomie chez le cheval avec succès.

Comment expliquer ces résultats dans l'hypothèse d'une infection générale ? Je vois bien qu'on guérit le charbon par les injections de teinture d'iode dans la masse indurée où pullule la bactérie, ou qu'on prévient la rage en détruisant dans la morsure *même le* virus par une cautérisation immédiate et énergique ; je vois de même qu'on ne guérirait pas la syphilis par l'excision du chancre induré, parce que les bâtonnets baignent déjà dans chaque goutte de notre sang. Est-ce que quand on sacrifie un doigt ou un membre blessés dans l'espoir d'arrêter le tétanos, le bacille n'a pas dû depuis longtemps émigrer loin de la plaie et répandre ses innombrables colonies bien au-delà de la ligne d'amputation ? Et pourtant il arrive que le mal cède.

Avec la théorie nerveuse, l'explication est toute simple.

Une *aura* part de la périphérie : l'amputation la supprime, la névrotomie l'interrompt ; la suractivité morbide du bulbe n'étant plus mise en jeu, l'effet réflexe, c'est-à-dire la contracture tétanique, manque. Ne pourrait-on pas placer ici le vieil axiome : *Naturam morborum curationes ostendunt.*

A propos de l'aura centripète, je ne puis m'empêcher de remarquer l'analogie qui existe entre certains cas de tétanos vrai, général, et d'autres accidents convulsifs des plaies où l'on n'a pas encore fait intervenir les microbes, les spasmes traumatiques secondaires, par exemple. Ici l'aura est légère, et le choc en retour n'agite que le membre lésé. Ajoutez à la pile quelques éléments, et la décharge provoquera une explosion d'épilepsie partielle ou jacksonienne, comme dans le cas que j'ai rapporté récemment dans ce journal, ou même une attaque complète de haut mal. Enfin, supposez à cette source de fluide mystérieux un extrême degré de puissance, ou au réactif médullaire une sensibilité exquise, et il se produira des contractions non seulement généralisées, mais continues : c'est le tétanos. — Il peut aussi arriver que la même irritation, si elle siège dans une région favorable, détermine et le tétanos et l'épilepsie, qu'un même remède guérira : exemple, ma 5e observation, dans laquelle la zone motrice était intéressée.

Encore quelques questions, auxquelles je suis incapable de répondre.

La théorie microbienne rend-elle compte du danger spécial de la castration ou des plaies des extrémités, et de l'innocuité relative des plaies du tronc ? Pourquoi le tétanos hydrophobique est-il inhérent aux blessures comprises dans le domaine des nerfs crâniens, et le tétanos dysphagique aux traumatismes des orteils ou des doigts ?

Un dernier mot : c'est ma confession. Depuis que la contagion du tétanos est à l'étude, je me conduis dans le doute comme si j'en étais sûr. Ainsi, pendant que mon dernier tétanique était à l'hôpital, deux malades y sont entrés pour se faire enlever l'un un hygroma du genou, l'autre un kyste hydatique des lombes. J'ai refusé ces opérations à l'hôpital pour les entreprendre en ville.

Dr Langlais (de Pontivy).

VARIÉTÉS

La Société Française de Secours aux Blessés militaires

(Croix-Rouge Française).

Un de nos excellents confrères du *Concours médical* nous écrivait il y a quelques jours : « Je voudrais m'af- « filier à cette œuvre patriotique (la Croix-Rouge) ; « maintenant que la guerre peut être proche, il est du « devoir de tous les citoyens valides (et heureusement « je suis de ce nombre) de se rendre utiles. » Cette question peut, tous les jours, nous être posée par nos confrères ; aussi nous croyons utile de leur exposer brièvement l'histoire et le fonctionnement de la *Société de secours aux blessés militaires des armées de terre et de mer*. Nous leur garantissons l'exactitude absolue des renseignements que nous avons puisés dans les Archives de la Société.

Histoire de la Société.

La Convention que signaient à Genève, en 1864, neuf Gouvernements, dont l'exemple a été suivi depuis cette époque par vingt-trois autres États, proclamait la neutralité des ambulances. La protection qu'elle étendait sur le personnel et le matériel hospitaliers provoqua dans toute l'Europe la création de Sociétés spéciales, chargées de centraliser, au profit des victimes de la guerre, les ressources de la charité privée. La *Société française de secours aux blessés militaires* est née de ce mouvement.

Reconnue, dès 1866, comme établissement d'utilité publique, elle reçut la mission, formulée par l'article 1er de ses statuts, « de concourir, par tous les moyens en son pouvoir, au soulagement des blessés et des malades, sur les champs de bataille, dans les ambulances et dans les hôpitaux ». Un décret, en date du 3 juillet 1884, confirmant plusieurs décrets antérieurs et portant règlement pour le fonctionnement de la Société en campagne, l'a constituée l'auxiliaire permanente du service de santé des armées, dispensatrice, à l'égard des blessés, des ressources de l'assistance volontaire.

1865 (date de la fondation) à 1870. — La Société arrête, avec le concours des plus hautes autorités militaires du pays, les grandes lignes d'une organisation générale. Elle prend place dans le concert des sociétés de secours européennes. Elle travaille, par l'Exposition et les Conférences internationales qu'elle organise en 1867, à préparer les progrès accomplis de nos jours dans le perfectionnement du service sanitaire des armées.

1870 à février 1871. — L'activité de l'Œuvre est caractérisée par les faits suivants :

A Paris. — Fondation de six grands hôpitaux temporaires ; — création de vingt et une ambulances de campagne et de douze ambulances volantes ; — établissement d'ambulances de ravitaillement et de premier pansement dans les gares de chemin de fer ; — patronage donné à plusieurs centaines d'ambulances privées, que la Société visite et entretient en partie ; — organisation d'un bureau de renseignements où 40,000 familles trouvent à s'éclairer sur le sort de leurs membres.

En province. — Création de plus de 400 Comités; — formation d'innombrables ambulances sédentaires et de plusieurs ambulances de campagne, portant avec honneur le nom des régions qu'elles représentent.

En dehors de ces vastes services, la Société de secours répartit sur le réseau des lignes françaises 8,271 blessés ou malades; — elle rapatrie tous les blessés internés en Belgique; — elle ramène des lazarets d'Allemagne plus de 8,000 blessés et malades.

Mars à juin 1871. — La Société poursuit son œuvre au milieu de la guerre civile.

A Paris. — Elle continue dans ses baraquements du Cours-la-Reine de donner des soins à trois cents blessés de la guerre récente. Elle remplit envers les victimes de ces malheureux jours tous les devoirs de la charité, et sauvegarde avec courage et dignité les intérêts dont elle est dépositaire.

A Versailles. — Elle organise plusieurs ambulances volantes, un service d'évacuation par wagons; elle crée vingt et un hôpitaux provisoires et, sous toutes les formes, seconde puissamment le service sanitaire des divers corps d'armée.

Les statistiques les moins incomplètes témoignent, en résumé, que, durant toute cette période de guerre, le nombre des blessés et malades dont la Société de secours a soulagé les maux s'est élevé à plus de 110,000.

Entre autres services accessoires, il convient de mentionner encore le concours que la Société prêta au Conseil d'hygiène pour l'assainissement des champs de bataille, et la part considérable qu'elle prit à l'*Œuvre des Tombes* pour l'érection des sépultures consacrées à la mémoire des soldats tombés au champ d'honneur.

Activité de la Société depuis le retour de la paix. — Secourir les blessés du passé; organiser, pour les blessés de l'avenir, des moyens de salut: tel est le double but que la Société a poursuivi sans relâche.

Secours. — Aux blessés du passé, aux victimes de la guerre, elle a donné jusqu'à ce jour, sans compter quelques milliers d'appareils de prothèse, plus de 35,000 allocations représentant environ un million et demi.

Matériel. — A la faveur de l'expérience acquise, elle a repris ses études sur le perfectionnement des éléments du matériel sanitaire; et ses progrès dans cette voie, maintes fois récompensés dans nos concours régionaux, ont obtenu le grand diplôme d'honneur aux Expositions universelles de Vienne en 1873, et de Paris en 1878.

Les éléments types, brancards-lits, voitures-wagons et tentes une fois arrêtés, la Société les a multipliés de manière à constituer une réserve de matériel déjà importante, qu'elle utilise, dans une certaine mesure et sous des conditions précises, pour les accidents du temps de paix. Elle a un dépôt central à la porte de Paris, et quarante-six dépôts disséminés dans les dix-huit régions militaires, sous la garde des comités locaux.

Personnel. — D'autre part, la Société travaille à s'assurer un personnel et à l'instruire.

Pour le recrutement, elle a ouvert des cadres où sont inscrits un grand nombre de représentants du corps médical, et où figurent comme infirmiers et brancardiers, à coté d'individualités de tous rangs, les Frères de la doctrine chrétienne et les membres de plusieurs Sociétés de sauvetage. — Les tableaux qui suivent donnent les renseignements complets sur le mode d'exécution de ces engagements. Ils représentent le recto et le verso de la feuille d'engagement individuel.

OBSERVATIONS GÉNÉRALES.

L'uniforme est toujours obligatoire pour les infirmiers. Il leur est fourni gratuitement par la Société.— L'uniforme n'est obligatoire pour le personnel médical et pour les comptables que dans les ambulances de campagne. — Les frais en sont à leur charge.

Les chevaux et harnachements et les rations de fourrages sont fournis gratuitement au personnel monté, lorsqu'il est exceptionnellement appelé aux ambulances actives de l'armée. (Art. 1er du décret du 2 mars 1878.)

Pour l'instruction et la formation du personnel hospitalier, la Société a organisé: 1° à l'usage des gens du monde et plus particulièrement des dames appelées à la surveillance des ambulances, des conférences relatives à tous les sujets dont la connaissance importe pour la direction des services.

2° Deux cours d'un caractère essentiellement pratique, avec exercices accompagnant la théorie:

Cours de dames infirmières.

Cours de brancardiers infirmiers, qui ont lieu périodiquement tous les ans.

Secours aux corps expéditionnaires de Tunisie, du Tonkin et de Madagascar. — En dehors de ces services généraux, qui constituent en quelque sorte son fonctionnement normal, la Société a pris part au soulagement des blessés et des malades dans les dernières expéditions françaises:

Aux ambulances de l'Algérie et de la Tunisie, elle a envoyé, en 1881, plus de 110,000 francs de dons de toute nature:

Aux ambulances du Tonkin et de Madagascar, elle a déjà fait parvenir en objets extra-réglementaires, ou distribué en allocations à des rapatriés, plus de 500,000 francs d'offrandes. Elle continue avec ardeur ce service d'assistance.

Rapports internationaux. — Au point de vue des rapports internationaux, la Société sut toujours montrer qu'elle n'oubliait pas les services rendus à la France dans ses jours d'épreuves.

En 1878, notamment, elle fit parvenir aux blessés des armées russes et des armées ottomanes 400,000 francs de dons, produit d'une souscription publique.

DÉCRET DU 3 JUILLET 1884.

D'après l'article 2 de ce décret, l'intervention de la Société consiste, en temps de guerre:

1° « *A créer dans les places de guerre et les localités* « *qui lui sont désignées par le Ministre de la guerre* « *ou les généraux commandant le territoire, suivant le* « *cas, des hôpitaux destinés à recevoir des blessés et des* « *malades appartenant aux armées;*

2° « *A prêter son concours au service de l'arrière, en* « *ce qui concerne:*

« *Les trains d'évacuation;*

« *Les infirmeries de gares;* (42 sur le territoire).

« *Les hôpitaux auxiliaires du théâtre de la guerre.* »

Ce programme d'action a pour conséquence de faire peser sur la Société, dès le temps de paix, des obligations très étendues en ce qui concerne l'accroissement de ses réserves de matériel d'ambulance et la formation d'un personnel hospitalier.

La Société fait appel à la sollicitude éclairée des pères de famille, au dévouement du corps médical et leur demande de la seconder dans le développement d'une œuvre patriotique, absolument étrangère à toute préoccupation de propagande politique ou religieuse, dévouée exclusivement aux intérêts du pays et de l'armée.

ORGANISATION DE LA SOCIÉTÉ.

La Société se compose indistinctement d'hommes et de femmes; ses membres reçoivent le titre de membre fondateur ou de membre souscripteur.

Elle est administrée par un Conseil composé de 50 membres, élus par les Fondateurs et choisis parmi eux.

Elle institue dans les chefs-lieux de départements et d'arrondissements des Comités d'hommes et des Comités de dames. — Pour les chefs-lieux de cantons, elle s'attache des membres correspondants.

Considérée dans ses rapports avec l'Etat, la Société est représentée:

1° *A l'intérieur*:

Auprès de M. le Ministre de la guerre et de M. le Ministre de la marine et des colonies, par le Président de la Société;

Dans chaque région de corps d'armée, par un délégué régional officiellement accrédité auprès du général commandant le corps d'armée, ainsi qu'auprès de M.

le vice-amiral commandant en chef, pour chacun des arrondissements maritimes;

2° *Aux armées pendant la guerre* :

Dans chaque armée, ou corps d'armée opérant isolément, par un délégué d'armée.

Présidents honoraires :

M. le Ministre de la guerre.
M. le Ministre de la marine et des colonies.

CONSEIL.

Président :

M. le Maréchal de MAC-MAHON, duc de MAGENTA.

Vice-présidents :

M. le général de division Cambriels.
M. le docteur A. Riant.

Secrétaire général :

M. le comte de Beaufort.

Secrétaires :

M. le comte A. de Rességuier.
M. Albert Ellissen.

Trésorier :

M. le baron A. de Rothschild.

Trésoriers adjoints :

M. Tagnard.
M. Paul Biollay.

Membres.

MM. Andral.
le docteur *Baizeau.*
le docteur *Barette.*
Benoist-Champy.
Charles Berthier, vice-président honoraire.
le général A. Boissonnet.
le baron L. de Bussierre.
L. de Cazenove.
le baron de Chabaud La Tour.
Emm. Duvergier de Hauranne.
Maxime Gaussen.
Léon de Gosselin.
le docteur Henri Guéneau de Mussy.
le docteur Félix Guyon.
Hussenot de Senonges.
le baron Larrey, vice-président honoraire.
E. Le Camus.
Constant Lefébure.
Léon Lefébure.
le Sergeant de Monnecove.
le comte F. de Lesseps.
le comte de Madre.
le contre-amiral Maurin.
le baron de Montagnac.
le docteur Motet.
le duc de Nemours, président d'honneur.
le baron de Pages.
le docteur Péan.
le général Péan.
le docteur Planchon.
le docteur S. Pozzi.
Rabot-Delaunay.
le docteur Ricord.
H. Salle.
A. de Sessevalle.
le marquis de Talhouet-Roy.
Edmond Tarbé.
Vernes d'Arlandes, trésorier honoraire.
le marquis de Villeneuve Bargemon.
le marquis de Vogüé, vice-président honoraire.

DÉLÉGUÉS ACCRÉDITÉS AUPRÈS DES GÉNÉRAUX COMMANDANT LES CORPS D'ARMÉE.

1re région militaire. MM. Léonard Danel.
2° — le vicomte de Forceville.
3° — le général Robert.
4° — le marquis de Courcival.
5° — Paulmier.
6° — le général A. Boissonnet.
7° — H. Béjanin.
8° — D'Avène des Méloizes.
9° — le docteur Triaire.
10° — de Montgermont.
11° — André Pichery.
12° — B. Saint-Marc Girardin.
13° région militaire. MM. le Dr Bourgade de la Dardye.
14° — le docteur Desgranges.
15° — le docteur Olive.
16° — Paul Cazalis de Fondouce.
17° — le docteur Naudin.
18° — le vic. de Pelleport-Burète.

Pour le gouvernement militaire de Paris, le général de division Cambriels. — Pour l'Algérie, le général de Vaisse Roquebrunne.

COMITÉS ET SOUS-COMITÉS INSTITUÉS DANS LES DÉPARTEMENTS ET EN ALGÉRIE.

Comités.

Abbeville; Agen; Aix; Albi; Alençon; Alger; Amiens; Angers; Angoulême; Argentan; Arles; Arras; Aubagne; Avignon; Bar-le-Duc; Bayonne; Beaune; Belfort; Belley; Besançon; Béthune; Blois; Bolbec; Bône; Bordeaux; Boulogne-sur-Mer; Bourg; Bourges; Brest Briénon-l'Archevêque; Caen; Calais; Cannes; Carcassonne; Carnoules; Chagny; Châlon-sur-Saône; Châlons-sur-Marne; Chartres; Châteaudun; Château-Gontier; Châteauroux; Châtillon-sur-Seine; Cherbourg; Chinon; Clermond-Ferrand; Compiègne; Coutras; Dax; Dieppe; Digne; Dijon; Dôle; Douai; Dreux; Enghien-les-Bains; Epernay; Erné; Gardanne; Grenoble; Guéret; Havre (Le); Hazebrouck; La Ciotat; Langres; Laon; Laval; Libourne; Lille; Limoges; Loches; Lorient; Lunéville; Lure; Lyon; Mâcon; Mamers; Mans (Le); Nantes; Marseille; Les Martigues; Melun; Mézières-Charleville; Moissac; Monnaie; Montargis; Montauban; Montpellier; Morlaix; Mortagne; Moulins; Nancy; Nantes; Nevers; Nice; Nîmes; Niort; Noyon; Oran; Orléans; Pau; Périgueux; Poitiers; Pontoise; Privas; Puy (Le); Reims; Rennes; Roche-sur-Yon (La); Romorantin; Rouen; Rueil; Sablé; Saint-Brieuc; Saint-Dié; Saint-Denis; Saint-Etienne; Saint-Mandé; Saint-Maur; Saint-Omer; Saint-Quentin; Sedan; Soissons; Tarascon; Tarascon-sur-Ariège; Tarbes; Thonon; Toulon; Toulouse; Tourcoing; Tournon; Tours; Troyes; Valenciennes; Vendôme; Versailles; Vesoul.

TUNISIE. — Comité de Tunis: M. Ventre, président. Délégué pour le Sud de la Régence : M. A Gandolphe.

COCHINCHINE FRANÇAISE. — Correspondants: M. Merlande, à Saïgon ; M. Hector, à Hué.

COMITÉS DE DAMES : A Amiens, Angers, Blois, Bordeaux, Bourges, Caen, Châlon-sur-Saône, Chartres, Cherbourg, Dieppe, Grenoble, Givet, Langles, Laval, Le Havre, Lille, Limoges, Lunéville, Lyon, Marseille, Mesmont, Mézières-Charleville, Montauban, Nancy, Nantes, Nevers, Orléans, Rennes, Roubaix, Rouen, Saint-Étienne, Saint-Mandé, Saint-Maur, Sedan. Thonon, Toulon, Toulouse, Valenciennes, Vesoul. — Cannes, Lorient, Poitiers, Châtellerault, Le Puy, Les Martigues, Libourne, Mantes, Albi, Aubagne, Alençon, Mamers. (*Comités en voie de formation.*)

CONDITIONS A REMPLIR POUR ÊTRE MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ.

On peut faire partie de la Société comme membre fondateur ou comme membre souscripteur.

On ne peut être admis comme *fondateur* que par le Conseil, et sur la présentation de deux de ses membres ou d'un Comité de Province.

On peut être admis comme *souscripteur* sur simple demande adressée à M. le Président de la Société.

Les fondateurs versent une cotisation annuelle de 30 francs (*minimum*). — Les souscripteurs versent une cotisation annuelle de 6 francs (*minimum*).

Les dames peuvent faire partie de la Société comme membre fondateur ou comme membre souscripteur.

Les membres fondateurs font partie des assemblées générales. Les membres du Conseil sont choisis parmi eux et élus par eux.

Fondateurs et souscripteurs reçoivent un *Bulletin* périodique, organe de l'Œuvre.

Le siège de la Société est rue Matignon, 17, à Paris. Nous pouvons lui transmettre toutes les demandes ou renseignements qui nous seront demandés par nos confrères.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE SECOURS AUX BLESSÉS MILITAIRES

Au cas où la France serait engagée dans une guerre, le soussigné (*prénoms, nom*) ______________ (*qualité*) ______________ né à ______________ le ______________ demeurant à ______________ déclare s'engager, pour la durée de deux ans, envers la **SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE SECOURS AUX BLESSÉS MILITAIRES**, représentée par le Conseil, et, sur son appel, à faire partie du personnel des (1) ______________ de la Société, en qualité de ______________

L'engagé dont le concours aura été requis recevra de la Société, pendant la durée de son service, une indemnité journalière déterminée par le tarif ci-dessous, dont il a pris connaissance et qu'il a déclaré accepter.

Fait à ______________ le ______________ 18

SIGNATURE DE L'ENGAGÉ :

Visa du Secrétaire général : Visa du Président de la Société :

(1) Indiquer si l'engagé veut servir dans les hôpitaux temporaires, dans les ambulances de campagne ou, indistinctement, dans les hôpitaux et les ambulances.

Décret du 2 *Mars* 1878. — *Art.* 3. — Nul ne peut être employé par la Société de secours s'il n'est Français ou naturalisé Français, et s'il n'est dégagé de toutes les obligations imposées par la loi du 27 juillet 1872 sur le recrutement de l'armée et par la loi du 3 brumaire an IV sur l'inscription maritime.

Néanmoins, les hommes appartenant à la réserve de l'armée territoriale peuvent, exceptionnellement, sur des autorisations nominatives données par le Ministre de la guerre, être admis à faire partie du personnel employé par cette Société.

Sont recrutés : les médecins traitants, parmi les docteurs en médecine ; les médecins aides, parmi les docteurs en médecine ou les officiers de santé ; les pharmaciens parmi les pharmaciens diplômés.

TABLEAU DES INDEMNITÉS JOURNALIÈRES

GRADES.	SERVICE dans les hôpitaux du lieu de la résidence.	SERVICE DANS LES HÔPITAUX hors du lieu de la résidence.	SERVICE DANS LES AMBULANCES attachées aux corps d'armée.	ENTRÉE EN CAMPAGNE.
Médecin en chef	Service gratuit	16 fr. 65 (500 fr.) sans vivres	16 fr. 65 (Avec les vivres et le logement.)	1,000 fr.
Médecin traitant	Service gratuit	13 fr. 55 (400 fr.) sans vivres	13 fr. 35	800 fr.
Aide-médecin	5 fr. (150 fr.)	5 fr. » (150), avec vivres	8 fr. 35	500 fr.
Pharmacien (1)	Service gratuit	13 fr. 35 (400), sans vivres		800 fr.
Aide-pharmacien (diplômé)	5 fr. (150 fr.)	5 fr. » (150), avec vivres	8 fr. 35	500 fr.
Comptable principal	(2)	13 fr. 55 (400), sans vivres	13 fr. 35	800 fr.
Aide-comptable	(3)	5 fr. » (150), avec vivres	8 fr. 35	500 fr.
Ministre du culte	Service gratuit	de 1re classe. 13 fr. 35 (400), sans vivres		800 fr.
		de 2e classe. 8 fr. 35 (250), avec vivres	8 fr. 55	500 fr.
Infirmier-major	3 fr. (90 c.) (Aec vivres d'hôpital.)	5 fr. 50 (105) (Avec vivres d'hôpital.)	4 fr. »	
— caporal	2 fr. (60)	2 fr. 50 (75)	3 fr. »	
Infirmier	1 fr. 50 (45)	2 fr. » (60)	2 fr. 75	
Homme de service	1 fr. 50 (45)	2 fr. » (60)	2 fr. 75	
Homme d'écurie	1 fr. 50 (45)	2 fr. » (60)	2 fr. 75	

(1) Quand le pharmacien sera commissionné avec le titre de pharmacien en chef, il jouira des mêmes avantages que le médecin en chef.
(2) Indemnité variant de 6 fr. 65 c. (200 fr.) à 11 fr. 65 c. (350 fr.), suivant l'importance de l'hôpital (20 à 200 lits).
(3) Indemnité variant de 3 fr. (90 fr.) à 5 fr. (150 fr.), suivant l'importance de l'hôpital (20 à 200 lits).

BULLETIN DES SYNDICATS

ET DE

L'UNION DES SYNDICATS

DIRECTEUR : Dr BARAT-DULAURIER

De l'assistance médicale dans les campagnes (Vosges) (*suite*) (1).

ORGANISATION DU SERVICE SANITAIRE

Règlement

ARRÊTÉ DU PRÉFET DES VOSGES.

TITRE 1er.

ORGANISATION GÉNÉRALE DU SERVICE.

Art. 1er. Il est institué dans le département des Vosges un service sanitaire qui comprend :

1° Le traitement gratuit des malades indigents;

2° La vaccination gratuite de tous les enfants, indigents ou non;

3° L'inspection des enfants du premier âge;

4° La visite des aliénés non dangereux placés à la campagne aux frais du Département ;

5° L'inspection médicale des écoles primaires et des écoles maternelles;

6° L'étude de toutes les mesures concernant l'hygiène et la salubrité publiques ainsi que la prophylaxie des maladies épidémiques.

Art. 2. Le service sera placé sous l'autorité du Préfet.

Il sera constitué de la manière suivante :

1° Le Conseil d'hygiène publique du département, dans la limite des attributions qui lui ont été conférées par le décret du 18 décembre 1848;

2° Des Médecins;

3° Des Pharmaciens;

4° Des sages-femmes diplômées ;

5° Des Commissions locales.

Art. 3. Le Département sera, par un arrêté ultérieur, divisé en circonscriptions dont les limites et le nombre pourront être modifiés toutes les fois que l'intérêt du service l'exigera.

Un ou plusieurs médecins seront attachés à chaque circonscription.

Les circonscriptions dans lesquelles résident plusieurs médecins seront subdivisées en sections, mais seulement pour les services spéciaux ci-après désignés :

(*a*) L'inspection médicale des enfants du 1er âge placés sous le régime de la protection ;

(*b*) L'inspection médicale des écoles ;

(*c*) La visite des aliénés non dangereux placés à la campagne au compte du Département.

Art. 4. Seront seules admises à profiter des avantages du service de l'assistance médicale, les communes qui consentiront :

1° A verser annuellement une cotisation de 0 fr. 075 millimes par habitant, qui sera recouvrée par les soins de l'administration et encaissée au compte des produits éventuels départementaux ;

2° A payer les dépenses résultant de la fourniture des produits pharmaceutiques pour les indigents malades de la localité.

Dans les communes qui possèdent un bureau de bienfaisance, cet engagement pourra être souscrit, en tout ou en partie, par la commission administrative, au nom du bureau.

Art. 5. Demeureront en dehors du service de l'assistance médicale, sauf en ce qui concerne la vaccination gratuite, les communes qui possèdent un service spécial d'assistance.

Art. 6. Les ressources du service sanitaire se composent :

1° Des crédits inscrits au budget du Département pour :

(*a*) L'inspection médicale des enfants du premier âge;

(*b*) La vaccine ;

2° Des crédits votés par les conseils municipaux ;

3° Des subventions accordées par le Conseil général et par l'Etat.

TITRE II.

CONSEIL D'HYGIÈNE PUBLIQUE DU DÉPARTEMENT.

Art. 7. Le conseil d'hygiène public du département examinera les résultats du service constatés par les rapports des médecins et par le Compte rendu annuel du Préfet. Il donnera son avis : 1° Sur les modifications et améliorations dont le service paraîtrait susceptible ; 2° sur les propositions qui doivent être faites à M. le ministre en vue des récompenses instituées par le gouvernement pour les principaux vaccinateurs.

Il sera appelé à nous présenter, en vue de récompenses spéciales à instituer ultérieurement, les noms des médecins qui se seront le plus distingués dans le service, et, s'il y a lieu, les noms des personnes étrangères à l'art médical qui auront concouru au bon fonctionnement du service ; le tout sans préjudice des attributions conférées au Conseil départemental institué par la loi du 23 décembre 1874, sur la protection des enfants du premier âge.

TITRE III

MÉDECINS DU SERVICE SANITAIRE. — LEURS ATTRIBUTIONS.

Art. 8. Seront nommés médecins du service sanitaire tous les docteurs en médecine et officiers de santé reçus par les Facultés françaises et exerçant dans le département des Vosges, qui accepteront le présent règlement.

Art. 9. Le titre de médecin honoraire du service sanitaire pourra leur être conféré par arrêté préfectoral, le conseil d'hygiène entendu, au moment où ils cesseront leurs fonctions.

Art. 10. Les médecins traitent dans toute l'étendue de leur circonscription les malades indigents portés sur les listes annuelles dont il sera parlé ci-après, et les enfants assistés non hospitalisés.

Ils visitent et traitent, dans l'étendue de leur circonscription et, lorsque la circonscription est sectionnée, dans l'étendue de leur section respective, les enfants placés sous le régime de la protection et les aliénés non dangereux placés à la campagne au compte du département.

Art. 11. Les médecins donneront audience à leur domicile, aux malades indigents de la circonscription.

Lorsqu'une personne inscrite sur l'état des indigents à secourir est atteinte de maladie, elle doit, si faire se peut, se rendre à la consultation du médecin ou de l'un des médecins de la circonscription, à son choix. Elle a soin, au préalable, de se munir d'un certificat de l'autorité municipale attestant son identité. Ce certificat est conservé par le médecin.

Art. 12. Lorsqu'une personne inscrite sur l'état dressé par la commission locale sera assez gravement malade pour ne pouvoir aller consulter le médecin au lieu de sa résidence, le maire, ou en son absence l'adjoint, fera appeler, sous sa responsabilité et au choix du malade, l'un des médecins de la circonscription, qui devra, à moins d'empêchement grave, se rendre près du malade dans le plus court délai possible.

Art. 13. Les dispositions de deux articles précédents sont applicables aux enfants assistés non hospitalisés.

Art. 14. Les médecins et les sages-femmes, sous leur contrôle, sont tenus de vacciner tous les enfants et adultes qui pourront leur être présentés et qui n'auront pas encore été soumis à cette opération avec succès, ou qui n'auront pas eu la petite vérole. Ils doivent, chaque année, établir la liste des vaccinations par eux opérées et nous la transmettre, au plus tard, le 31 décembre. Les vaccinations seront payées à l'aide du crédit spécial inscrit au budget du département, au prorata des opérations pratiquées.

Les vaccinateurs seront tenus de s'assurer de la réussite de leurs opérations et de se conformer aux dispositions des instructions en vigueur concernant ce service.

(1) Voir le numéro 12.

Le médecin demandera au Préfet le vaccin nécessaire pour commencer les opérations qu'il continuera à l'aide de celui qu'il recueillera sur ses propres vaccinés.

Art. 15. En cas d'épidémie grave, le médecin des épidémies de l'arrondissement sera envoyé dans la commune atteinte, afin de se concerter avec le médecin du service sur les mesures à prendre.

Art. 16. Les médecins du service, chaque fois qu'ils y seront invités, soit par nous, soit par MM. les sous-préfets, délivreront gratuitement les certificats qui seront nécessaires à des malades, blessés, aliénés, aveugles, sourds-muets, infirmes, etc., pour obtenir leur admission dans les établissements publics. Ils délivreront gratuitement les certificats de vaccine qui leur seront demandés dans toute l'étendue de leur circonscription.

Art. 17. Les médecins ne seront tenus de se rendre près des femmes en couches qu'en l'absence de sages-femmes ou sur la demande de celles-ci, dans le cas où elles déclareraient ne pouvoir ou ne devoir pratiquer ou terminer l'accouchement.

Art. 18. Les prescriptions pharmaceutiques sont faites sur des feuilles d'un modèle déterminé, et transmises par le malade ou par les soins de sa famille, aux pharmaciens du service de l'assistance médicale.

Les médecins doivent s'entendre avec le maire pour que, le cas échéant, il soit pourvu, soit par la commune, soit par le bureau de bienfaisance, aux besoins les plus pressants des malades.

Art. 19. Les médecins sont tenus, en ce qui concerne l'inspection des enfants du premier âge, de se conformer aux prescriptions de la loi du 23 décembre 1874, du décret du 27 février et de l'instruction ministérielle du 20 mars 1877 sur la matière.

Art. 20. Chaque médecin du service devra, au moins deux fois par an, visiter les aliénés non dangereux placés dans sa section, au compte du département.

Art. 21. Chaque fois qu'il le jugera utile, le médecin se rendra dans les écoles publiques de sa section, pour les visiter au double point de vue de la salubrité des bâtiments et de l'état sanitaire des enfants.

Il s'assurera que tous les enfants qui y sont admis ont été vaccinés avec succès ou qu'ils ont eu la petite vérole. Les enfants non vaccinés devront, si la saison le permet, être vaccinés dans le mois qui suit la visite du médecin, et, au plus tard, lors des premières vaccinations faites soit par la sage-femme, soit par le médecin. La liste de ces enfants sera remise au maire par les soins de l'instituteur; tous deux resteront chargés de veiller à l'exécution de cette opération.

Art. 22. En cas d'absence ou d'empêchement, le médecin doit s'entendre avec un de ses confrères pour le suppléer.

Dans tous les cas d'absence prolongée, le médecin informera MM. les maires de la circonscription des mesures prises pour son remplacement temporaire.

Art. 23. Les émoluments des médecins du service seront réglés, à la fin de chaque année, sur la présentation de mémoires distincts concernant:

1° L'inspection médicale des enfants du premier âge placés sous le régime de la protection;

2° Le traitement des enfants assistés non hospitalisés;

3° Les vaccinations et revaccinations;

4° Le traitement des malades indigents et des aliénés non dangereux, placés à la campagne au compte du Département.

Ce dernier mémoire, qui devra être établi conformément au tarif annexé au présent arrêté, sera, jusqu'à nouvel ordre, réglé dans les limites du crédit ouvert annuellement au budget départemental.

Les vaccinations seront payées conformément aux dispositions de l'article 14.

Ne donneront lieu à aucune rétribution :

L'inspection médicale des écoles ;

La délivrance des certificats mentionnés en l'article 16 du présent arrêté;

Les consultations données par le médecin, à son domicile, aux indigents de la circonscription.

Art. 24. Les médecins du service nous adresseront des rapports sur les questions intéressant l'hygiène publique et la prophylaxie des maladies épidémiques dont ils jugeront utiles de saisir l'administration.

Art. 25. En cas d'épidémie, quelles qu'en soient la nature et la gravité, les médecins seront tenus de nous adresser un rapport scientifique et statistique détaillé sur la marche de la maladie et sur le nombre des personnes atteintes.

Art. 26. Chaque médecin du service nous transmettra, dans le courant du mois de juillet, un rapport annuel faisant connaître l'état des bâtiments scolaires de sa section, et les améliorations qu'il y aurait lieu d'y apporter au point de vue de l'hygiène et de la salubrité.

TITRE IV.

SAGES-FEMMES ATTACHÉES AU SERVICE. — LEURS FONCTIONS. — INDEMNITÉS QUI LEUR SONT ATTRIBUÉES.

Art. 27. — Dans les communes du service départemental où il n'existe aucun traité assurant aux indigents les secours d'une sage-femme, le maire pourra en vue d'un accouchement faire appel par écrit à l'une des sages-femmes dont le domicile est le plus rapproché de sa commune.

Art. 28. Chaque année, dans les premiers jours de janvier, le maire enverra au Préfet un état certifié indiquant : 1° le nom de chaque accouchée pour laquelle une sage-femme aura été appelée ; 2° le nom de cette sage-femme ; 3° la distance qui sépare le domicile de l'accouchée de celui de la sage-femme qui lui a donné ses soins.

Art. 29. Les indemnités des sages-femmes seront réglées par nous, d'après les ressources dont il sera possible de disposer pour cette partie du service.

Art. 30. La sage-femme n'a droit à des honoraires que pour l'accouchement en vue duquel elle a été appelée par le maire. Les médicaments les plus usuels sont à la charge de l'accouchée. En cas d'affection grave consécutive à l'accouchement, c'est au médecin seul qu'il appartient de prescrire des médicaments et d'agir ainsi qu'il est dit à l'article 17 du présent règlement.

TITRE V.

SERVICES PHARMACEUTIQUES. — PHARMACIENS. — LEUR NOMINATION. — LEURS OBLIGATIONS. — PAIEMENT DES MÉDICAMENTS.

Art. 31. Sont attachés au service de l'assistance publique, les pharmaciens qui auront, par écrit, déclaré accepter le formulaire pharmaceutique adopté par nous, sur la proposition du conseil d'hygiène publique du Département.

Les pharmaciens du service n'ont droit à aucune indemnité autre que le produit de la vente des médicaments.

Art. 32. Les frais des traitements pharmaceutiques des indigents sont à la charge de la commune à laquelle les malades appartiennent par leur domicile habituel.

Art. 33. Les frais résultant du traitement des enfants assistés sont à la charge du budget spécial à ces enfants. Les frais occasionnés par les enfants du premier âge sont à la charge des parents de ces enfants.

Art. 34. Dans les vingt premiers jours du mois de janvier de chaque année, les pharmaciens adresseront au maire de chaque commune intéressée un mémoire, sur papier timbré, des frais pharmaceutiques. Ce mémoire sera accompagné des bons délivrés par les médecins du service.

Art. 35. Les mémoires relatifs aux enfants assistés devront nous être adressés directement chaque année, pour la même époque.

Art. 36. Les médecins du service qui sont autorisés par la loi à tenir des médicaments pour l'usage de leurs malades, se conformeront aux articles qui précèdent pour être indemnisés de leurs fournitures. Pour tenir lieu des bons qui ne peuvent être produits dans ces cas, les mémoires, faits sur papier timbré, énonceront également les noms des malades auxquels les médicaments ont été délivrés, la date de leur livraison, la

quantité et le prix de chacun d'eux, en se conformant aux indications du formulaire officiel.

Le médecin se fera rembourser par les communes en se conformant aux dispositions de l'article 33, applicable aux pharmaciens.

TITRE VI.

COMMISSIONS MUNICIPALES. — LEUR COMPOSITION, — LEURS FONCTIONS

Art. 37. Un état des indigents admis à recevoir les secours médicaux sera dressé en double expédition dans chacune des communes, dans le mois d'octobre de chaque année, par une commission composée du maire, président, de deux conseillers municipaux désignés par le conseil, du percepteur de la circonscription et, s'il existe un bureau de bienfaisance dans la localité, de deux membres de la commission administrative de cet établissement.

Cet état est indépendant de celui que la commission administrative de chaque bureau de bienfaisance est tenue d'établir en conformité de la circulaire ministérielle du 19 juillet 1826.

Art. 38. Ne peuvent figurer sur l'état des indigents, les familles dont le chef paie plus de 6 francs de contributions directes, à moins qu'elles ne comprennent des infirmes hors d'état de subvenir à leurs besoins, ou un grand nombre d'enfants en bas âge. L'état devra indiquer non seulement le nom du chef de la famille, mais aussi les noms et l'âge des personnes qui la composent.

Art. 39. — Cette liste sera vérifiée et arrêtée par le conseil municipal dans sa session de novembre. Elle sera ensuite communiquée par le Sous-Préfet aux médecins de la circonscription pour recevoir leurs observations, arrêtée définitivement par le sous-préfet et transmise, avant le 1er janvier, aux médecins de la circonscription, ainsi qu'au maire.

Art. 40. Le présent arrêté sera inséré au *Recueil des Actes administratifs* et tiré à part, ainsi que le formulaire pharmaceutique, pour être remis à tous les médecins, pharmaciens et sages-femmes.

Épinal, le 29 mai 1884.

Le Préfet des Vosges,
P. BŒGNER.

RÉSULTATS GÉNÉRAUX DE CETTE ORGANISATION

(Chiffres officiels)

Année 1887

Nombre des communes du département....	530
Nombre des communes ayant adhéré au service	223
Nombre des indigents inscrits	19.124
» » » soignés	5.023
» » » visités à domicile....	1.929
» » » qui sont allés à la consultation	3,094
Subvention des communes (0,075 mil. par tête d'habitant)	10.709 f. 09
Total des notes d'honoraires médicaux..,	13.376

Budget

Dépenses totales du service	14.937 75
Recettes : Allocations communales	10.709 09
Subvention de l'État	500 00
Subvention départementale	3.000 00
Excédent des exercices antérieurs	810 82
Service des épidémies	
Frais médicaux	138 60
Service de la vaccine	
Frais de vaccination et de revaccinat.,etc..	3,000 00
Inspection des enfants du 1er âge (année 1886).	
Frais de surveillance médicale	23.499 70
Frais de vérification par les juges de paix.	998 60
Indemnités aux secrétaires de mairie	1.563 70
Frais d'infirmerie	1,017 17
Total	27.079 37

Dr LARDIER.

NOUVELLES

Conditions du concours pour les médecins du dispensaire de salubrité de la Seine.

Par arrêté préfectoral, en date du 1er mars 1888, « nul ne pourra, à l'avenir, être nommé aux fonctions de médecin du Dispensaire de salubrité de la Seine, s'il ne réunit les conditions suivantes :

1° Être Français, âgé de moins de trente-cinq ans; 2° avoir été admis à concourir ; 3° avoir subi, avec succès, les épreuves du concours qui consistent en : une épreuve de titres scientifiques et hospitaliers; une épreuve écrite de deux heures sur un sujet relatif aux affections vénériennes et à la gynécologie ; deux épreuves orales de diagnostic de dix minutes chacune, après dix minutes de préparation.

Le jury du concours sera nommé par le préfet de police sur la présentation du doyen de la Faculté de médecine. Il sera choisi parmi les membres des corps scientifiques suivants : les membres de l'Académie de médecine, les professeurs et agrégés de la Faculté de médecine, les médecins, les chirurgiens et accoucheurs des hôpitaux, les médecins titulaires de Saint-Lazare.

Le président du jury sera désigné dans l'arrêté de nomination.

Le jury sera composé de cinq juges et d'un suppléant.

Tous les médecins du Dispensaire cesseront leurs fonctions à l'âge de soixante-cinq ans. »

Association générale.

Ordre du jour de la séance du dimanche 8 avril 1888.

La séance sera ouverte à *deux heures et demie.*

1. Allocution du Président;

2. Exposé de la situation financière de l'Association générale, par M. Brun, Trésorier;

3. Rapport sur cet Exposé et sur la gestion financière du Trésorier, par M. Richelot, membre du Conseil général;

4. Compte rendu général sur la situation et les actes de l'Association générale, pendant l'année 1887, par M. Riant, membre du Conseil général ;

5. Première partie du Rapport de M. Vidal, sur les pensions viagères à accorder en 1888.

A 7 heures précises, le banquet (Hôtel continental).

Ordre du jour de la séance du lundi 9 avril 1888.

La séance sera ouverte à *deux heures et demie.*

1° Vote du procès-verbal de la dernière Assemblée générale;

2° Approbation des comptes du Trésorier par l'Assemblée générale;

3° Deuxième partie du Rapport de M. Vidal, sur les pensions viagères à accorder en 1888.

Discussion et vote des propositions ;

4° Election de la Commission chargée d'examiner et de classer les demandes de pensions viagères en 1889 ;

5° Election du Secrétaire général de l'Association en remplacement de M. Foville, décédé ;

6° Renouvellement partiel du Conseil général : Membres du Conseil à renouveler : MM. Riant, Marquez, Jaccoud, Bucquoy, Laennec, Bourienne, arrivés au terme de leur exercice. (Les membres du Conseil sont rééligibles) ;

7° Rapport fait au nom du Conseil général par M. Horteloup, sur la fixation de l'Assemblée générale en 1889 ;

8° Rapport de M. de Ranse sur le vœu émis par la Société de la Loire et Haute-Loire en 1887 ;

9° Propositions et vœux soumis, par les Sociétés locales, à la prise en considération de l'Assemblée générale, pour être l'objet de Rapports en 1889.

— M. le Dr P. LEGENDRE, chef de clinique adjoint pour les maladies des enfants, commencera des leçons sur *les maladies du tube digestif envisagées particulièrement chez les enfants*, A L'ÉCOLE PRATIQUE DE LA FACULTÉ, (amphithéâtre n° 3), le lundi 9 avril à 4 heures et les continuera les mercredi, vendredi et lundi suivants.

Le Gérant : A. CÉZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André, 3

Dixième année **N° 14** 7 Avril 1888

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE :

LA SEMAINE MÉDICALE

La transmission de la rage chez les herbivores à propos de l'épidémie rabique des daims du parc de Richmond.

M. Pasteur n'eût pas réussi aussi complètement à faire la preuve de l'utilité de sa méthode prophylactique, qu'il eût encore rendu à la pathologie un service considérable en suscitant une foule de travaux sur la rage,—travaux grâce auxquels nous voyons mieux de jour en jour l'insuffisance et l'inexactitude des notions que nous possédions sur cette maladie. Il suffit de parcourir les 15 fascicules parus jusqu'à ce jour de la remarquable publication fondée depuis plus d'un an par le professeur Duclaux, les *Annales de l'Institut Pasteur*, il suffit, disons-nous, de les parcourir pour apprécier quelle quantité de notions nouvelles l'impulsion communiquée par M. Pasteur à l'étude de la rage a fait surgir en France et à l'étranger. Pour ne rappeler que la plus importante, l'existence de la rage paralytique chez l'homme, indiquée seulement par M. Roux dans sa thèse, n'a-t-elle pas été mise hors de contestation par M. Gamaleïa (d'Odessa) ?

Aujourd'hui nous apprenons, par un travail de MM. *Cope* et *Horsley*, que la transmission de la rage chez les herbivores peut s'opérer par morsures comme chez les chiens, contrairement à une opinion longtemps admise. Ce travail est un rapport rédigé par les deux savants anglais à l'occasion d'une épidémie de rage qui a sévi sur les daims du parc Richmond.

On sait que dans ce beau domaine de 2,300 acres sont entretenus en liberté 1200 daims qui vivent par troupeaux de 100 à 200 têtes; le parc étant ouvert au public dans la journée, des chiens peuvent y pénétrer et sortir sans être vus. Bref les premiers cas de rage furent observés à la fin de 1886, et pris d'abord pour des morts par empoisonnement jusqu'au jour où la preuve de la nature de la maladie fut faite par l'inoculation au lapin et au chien. 264 daims ont péri. Au début de la maladie, les animaux portent la tête en arrière sur les épaules, le museau en l'air, ils ont des tressaillements subits et partent au galop droit devant eux. Bientôt ils s'élancent contre leurs compagnons, se jetant tête baissée sur les poteaux, les arbres et les obstacles qu'ils voient et avec tant de violence qu'ils brisent leurs cornes et s'arrachent des lambeaux de peau. De timides qu'ils sont d'ordinaire, ils deviennent agressifs et mettent le désordre dans le troupeau. Séparés et enfermés dans un endroit clos, ils se précipitent sur les objets et sur les personnes qui se présentent ; à cette période de la maladie, on voit des faons poursuivre audacieusement et mordre de vieux daims. Après quelques jours, ces animaux meurent dans une crise ou après avoir présenté de la paralysie des membres.

Le fait nouveau qu'a révélé cette épidémie, c'est que les herbivores ne prennent point la rage en paissant l'herbe sur laquelle ont vécu des animaux enragés, mais bien par morsure comme les autres espèces. L'absence d'incisives supérieures, chez ces animaux, rend leurs morsures moins dangereuses que celles des chiens; elles ne font pas de véritables plaies pénétrantes de la peau ; mais les meurtrissures restent souillées de bave, et l'animal mordu lèche la partie blessée comme pour soulager la douleur qu'il ressent.

Traitement de la teigne tondante (1).

M. *Hallopeau* a dit à la Société de thérapeutique n'avoir obtenu aucun résultat dans le traitement de la teigne avec une substance préconisée récemment, la teinture de Sigesbeckia. Il est revenu au traitement de M. Lailler : badigeonnages une ou deux fois par jour avec un mélange d'iode ou de vaseline à 1 %. Il emploie aussi quelquefois l'huile de croton sans épilation, et cependant quelques malades ont guéri en 4 ou six mois, résultat à coup sûr favorable. Quant à l'emploi exclusif de la teinture d'iode, M. Hallopeau y a renoncé parce qu'elle irrite trop le cuir chevelu; même avec le mélange qu'il a indiqué, on produit de la dermite 30 fois sur 100.

Indications pour l'emploi de la lanoline et de la vaseline.

On sait que la lanoline, tirée du suint de mouton, facilite l'absorption des substances médicamenteuses qu'on y incorpore. Elle présente donc des avantages sur la vaseline quand on veut faire pénétrer des médicaments dans l'organisme ou tout au moins dans la peau.

Elle a en revanche quelques inconvénients; elle sent mauvais et a un aspect un peu sale. Elle peut garder quelques-unes des propriétés irritantes de la laine imprégnée de suint, qui sont considérables, si on en juge par le fait suivant. M. *C. Paul,* voulant, dans un cas désespéré de rhumatisme cérébral, obtenir une révulsion intense sur toute la surface du corps, fit envelopper complètement le malade de cette laine ; il en résulta une sorte de sinapisation générale suivie de guérison.

En raison de sa sécheresse et de sa densité, il faut ajouter à la lanoline 15 à 20 gr. de vaseline pour 100.

La vaseline, presque réfractaire à l'absorption, doit être réservée pour les cas où il s'agit de détruire, à l'aide des médicaments qu'on y incorpore, des parasites sus-épidermiques, ou pour former une sorte de pansement occlusif. Elle peut servir pour éviter les inconvénients d'une pénétration trop profonde d'un topique actif; ainsi, si on touche une plaque de trichophytie avec du nitrate acide de mercure, pour éviter la destruction des follicules pileux, il suffit d'adjoindre de la vaseline.

Il faut toujours distinguer d'ailleurs, dans ces questions d'absorption par la peau, les cas où l'épiderme est intact de ceux où il est altéré ou fait défaut; alors l'absorption devient très rapide et il faut être prudent dans l'application de topiques irritants ou toxiques.

En outre, la peau présente une irritabilité très différente suivant les individus, l'âge, le sexe, les états pathologiques accidentels, et les troubles fonctionnels du système nerveux. Toutes ces circonstances doivent être prises en considération quand on veut apprécier les effets produits par une application de topiques. Telle pommade qui avait été appliquée sans inconvénient peut provoquer quelques mois après chez le même individu des désordres inattendus. On voit ainsi quelquefois le psoriasis le plus chronique, l'eczéma le plus torpide se réveiller tout à coup à la suite d'une application intempestive, à la suite d'un de ces bains sulfureux que beaucoup de médecins prescrivent avec tant de légèreté, et il en résulte une dermite généralisée ou un eczéma rubrum intense, qu'on a beaucoup de peine ensuite à enrayer par les topiques émollients et antiphlogistiques.

(1) Société de Thérapeutique, 26 mars.

Antipyrine et phénacétine.

On sait que l'antipyrine est essayée depuis quelque temps chez les diabétiques. A la dose de 2 à 3 gr. par jour, M. *Dujardin-Beaumetz* a vu diminuer simultanément la quantité d'urine et de sucre chez plusieurs diabétiques.

M. *Grancher,* dans un cas de polyurie simple, a vu tomber de 7 à 3 litres par jour, la quantité des urines chez un enfant de 7 ans. La dose quotidienne d'antipyrine était de 5 gr. On voit que ce médicament peut être supporté à de hautes doses en général; on rencontre pourtant des sujets qui se plaignent rapidement de maux d'estomac. On pourrait prévenir ceux-ci, d'après *C. Paul,* en donnant en même temps du bicarbonate de soude.

M. *Dujardin-Beaumetz,* toujours désireux de soustraire la médecine française au monopole allemand de l'antipyrine, expérimente un nouveau corps, la *phénacétine,* qu'on désigne en Allemagne sous le nom de para-acet-phénétidin.

C'est un sel blanc, cristallisé, offrant les réactions des oxy-phénols, malheureusement très peu soluble.

On le donne en cachet de 30 à 50 centigr. par jour; à cette dose il produit un abaissement de température *durable* de 7 à 8 degrés.

Nouvelles recherches sur la saccharine.

Ce nouveau produit, destiné, comme nous l'avons dit, à remplacer le sucre pour les diabétiques, auxquels il donne les mêmes sensations sans avoir aucun des inconvénients du sucre, ne présente, d'après MM. *Dujardin-Beaumetz et Bardet,* aucune propriété nuisible ; toutefois, si on venait à l'employer dans l'industrie pour remplacer le suere dans les produits alimentaires, cette substitution ne serait pas sans inconvénient ; car tandis que le suere est un aliment, la saccharine traverse l'économie sans être ni transformée, ni assimilée.

MM. *Reynier* et *Mercier* (1) ont fait sur la saccharine de nouvelles recherches. Ils lui attribuent une action antifermentescible analogue à celle de l'acide borique. Elle retarderait en outre la puissance digestive de la diastase sur l'amidon et de la pepsine sur l'albumine. De plus, elle augmente la sécrétion des chlorures alcalins dans l'urine. MM. Reynier et Mercier oni employé la saccharine avec avantage dans le diabète et dans les cystites autres que les cystites tuberculeuses.

M. *Gautrelet* pense que dans certaines formes de diabète, notamment dans celle qu'il a décrite sous

(1) Société de médeeine pratique, 29 mars.

le nom de polyurie organique, sucrée ou non, l'emploi de ce médicament serait dangereux, précisément parce qu'il produit une sécrétion excessive de chlorures ; car cette hypersécrétion, en diminuant les chlorures de l'organisme, favoriserait l'apparition de la tuberculose, mode de terminaison presque fatale dans cette forme de diabète.

Recherches physiologiques et médico-légales sur l'âge chez l'homme (depuis la naissance jusqu'au sixième mois) d'après l'examen des dents (1).

M. *Magitot*, dans un travail déjà ancien, a cherché à établir sur quels documents empruntés à l'évolution des mâchoires et de l'appareil dentaire, peut s'établir l'âge probable de l'embryon humain. Ce premier travail s'arrêtait à la naissance, mais la détermination de l'âge probable conserve, pour les nouveau-nés, une importance plus grande encore peut-être que pour l'embryon, et c'est ainsi qu'il a été conduit à poursuivre la même enquête, basée sur les signes de même ordre pour la période primainfantile, c'est-à-dire jusqu'au sixième mois, époque à laquelle l'apparition des premières pièces de la dentition vient fournir un point de repère certain.

Les documents déjà publiés sur cette question sont relatifs : 1° à l'état du nouveau-né considéré dans sa totalité ; 2° à l'état de l'évolution de l'appareil dentaire ; 3° à l'état des deux mâchoires, aux cloisonnements alvéolaires, aux points d'ossification des deux os, à la mesure successive de l'angle du maxillaire inférieur ; 3° enfin, aux conditions fournies par les points d'ossification du squelette en général.

Au point de vue médico-légal, le problème peut se présenter sous plusieurs aspects : tantôt le nouveau-né est intact et l'état des gouttières alvéolaires et de leur contenu devient un des éléments principaux d'information ; tantôt l'enfant a été dilacéré, et dans ce cas, l'examen d'un simple fragment maxillaire suffit à fixer l'investigation.

Enfin, si le nouveau-né a macéré longtemps dans l'eau des latrines ou bien s'il a été desséché ou carbonisé dans un foyer, on pourra encore déterminer l'âge probable du sujet, s'il a été possible de retrouver un simple débris de maxillaire, ou même un seul de ces chapeaux de dentine qui résistent aux agents physiques.

Surdité complète subite dans l'albuminurie

M. *Gellé* fait connaître l'observation suivante. — Mme X..., 50 ans, de bonne santé habituelle, intelligente, active, est atteinte depuis longtemps de cornage, lié à une paralysie de la corne vocale droite, due probablement à la présence d'une tumeur sur le trajet du récurrent de ce côté, d'après le diagnostic porté par Krishaber consulté par Archambault. Cet hiver 1887, la malade a été quatre à cinq mois aux prises avec une bronchite générale, rebelle, récidivante, des plus intenses ; la convalescence fut lente. C'est à cette période qu'un fait nouveau, brutal, se produit ; en quarante-huit heures, le sujet voit son ouïe d'abord s'abaisser, puis disparaître totalement.

Cette disparition subite de l'audition, sur une convalescente en pleine possession de son intellect et de ses mouvements, fit aussitôt soupçonner à M. Gellé un état dyscrasique, et l'absence complète des lésions otiques à droite ou à gauche, confirma immédiatement cet *a priori*. L'examen de l'urine décela la présence d'une très faible proportion d'albumine ; pas d'œdème ; quantité d'urine normale. La surdité a résisté à toutes les tentatives de traitement. La malade n'a jamais eu de vertige, mais des bourdonnements d'oreiltes intenses, constants, énervants. Elle prétend que ce sont ces bruits qui l'empêchent d'entendre.

L'audition est perdue, mais non totalement ; elle entend un mot, une syllabe criée à son oreille, ou dans le cornet, mais comme un bruit vague. La montre n'est entendue ni sur le crâne, ni par l'air ; il en est de même du diapason *la 3* de 9 centimètres. A l'inspection, aucune lésion bien appréciable.

Quinze jours plus tard, œdème des jambes ; dix-huit mois après, la malade, restée sourde, à peine soulagée de ses bourdonnements tenaces, meurt avec tous les signes classiques de l'albuminurie, malgré le régime lacté strictement suivi à la campagne.

Archambault, comme Krishaber, avait été frappé de la succession des phases pathologiques constatées dans ce cas. L'irritation du récurrent, l'albuminurie incurable, la surdité consécutive ; c'était-là un tableau symptomatique qui montrait trop évidemment des relations étiologiques curieuses entre la tumeur médiastine, la paralysie du nerf, l'excitation bulbaire et l'albuminurie terminale.

Cette observation a donc une importance majeure à deux points de vue : elle montre d'abord la production précoce de la surdité subite ou rapide sous l'influence d'un état dyscrasique que ce premier accident décèle nettement. Cette surdité est indépendante de lésions des oreilles dans ce cas particulier ; au moins peut-on l'affirmer en ce qui regarde les caisses et l'appareil conducteur du son, à droite et à gauche. La faible dose d'albumine trouvée à ce moment, l'absence d'œdème, la quantité presque normale des urines, démontrent bien la surdité subite incurable comme un accident du début de cette grave maladie dyscrasique.

L'incurabilité est à noter également comme l'invasion subite, et elles sont à opposer à l'absence des lésions objectives.

Au point de vue de la genèse de l'albuminurie, il est clair qu'on ne peut pas ne pas penser à incriminer ici une lésion bulbaire due à l'irritation du récurrent droit. Et l'on est conduit à voir une corrélation logique entre la tumeur du médiastin, la compression du nerf laryngé, l'apparition de l'albuminurie, et enfin la surdité si grave, qui en a amené la découverte, le bulbe servant de centre à ces diverses manifestations pathologiques.

Ici, en dehors du terrain de la clinique, l'albuminurie consécutive aux lésions bulbaires, celle qui

(1) Académie de médecine, 27 mars.

se produit après les irritations des rameaux centraux ou périphériques du pneumogastrique, a été depuis peu l'objet de communications importantes, dont le fait précité redouble l'intérêt.

En examinant, il y a quelque temps, les bulbes et les oreilles de lapins sur les pneumogastriques desquels le docteur Laborde avait essayé de produire des accidents par élongation, M. Gellé a trouvé plusieurs fois des hémorrhagies, des suppurations de la muqueuse de l'oreille moyenne, chez les animaux qui avaient survécu.

Il semble donc qu'il se produit dans ces conditions des lésions de plusieurs ordres et de sièges différents.

Des différentes variétés d'atrophie du nerf optique ataxique.

M. *Galezowski* rappelle que de nombreuses recherches ont été faites sur la pathogénie des atrophies du nerf optique ataxique depuis Duchenne (de Boulogne). Elles ont abouti à démontrer la différence qui existe entre l'atrophie des papilles ataxiques, dite *atrophie grise*, et *l'atrophie* consécutive aux *névrites optiques*, aux *embolies*, etc. On l'appelle généralement *atrophie grise*, mais cette dénomination paraît insuffisante, car si la papille a souvent une apparence grisâtre, elle est, quelquefois aussi, tout à fait blanche, et présente des contours diffus.

Sa marche est presque toujours progressive, mais elle peut devenir par moments stationnaire, et même, dans quelques cas fort rares, s'améliorer.

Les recherches de M. Galezowski l'ont convaincu que l'atrophie des papilles optiques ataxiques n'a pas toujours le même aspect ophthalmoscopique; il conclut que le processus morbide varie selon la nature de la lésion. Tantôt, ce sont les fibres nerveuses ou cylindraxes, qui sont prises les premières; tantôt, au contraire, la lésion débute par les vaisseaux du nerf optique, par une sorte d'endartérite ou périartérite, avec toutes ses conséquences, et dans ce cas, l'altération des fibres nerveuses ne se développe que d'une manière secondaire.

Dans ses leçons sur *l'ataxie locomotrice*, M. le professeur Charcot a dit : « L'induration grise du nerf optique dans l'ataxie locomotrice pourrait être désignée sous le nom de névrite parenchymateuse. » Cette opinion peut être parfaitement démontrée, au moins dans un certain nombre de cas, par l'examen ophthalmoscopique.

Le résultat des recherches de M. Galezowski est basé sur une statistique de plus de mille cas, comprenant les atrophies papillaires en général et les atrophies ataxiques.

Parmi les symptômes qu'il avait donnés précédemment comme caractéristiques de l'atrophie des papilles ataxiques, les plus importants étaient, incontestablement : les contours bien tranchés de la papille, la conservation des gros vaisseaux et la disparition des vaisseaux capillaires.

Mais il y a des cas dans lesquels les papilles sont blanches, à contours très légèrement diffus. Les artères centrales, ainsi que leurs branches collatérales sont entourées d'un liseré blanchâtre sur une très large étendue. Ce sont les signes d'une *périartérite* et d'une *endartérite*.

Cette affection vasculaire s'étend jusqu'aux capillaires et donne lieu à une oblitération complète de plusieurs branches collatérales.

Le diagnostic de cette forme d'atrophie, compliquée d'une périartérite, est assez difficile à établir. Un symptôme important de la gêne de la circulation dans la rétine, c'est que les vaisseaux perdent leur élasticité, tandis que les branches principales deviennent ondulées et forment une sorte de chapelet. Ce phénomène, joint à des liserés blanchâtres péri-vasculaires, donne une grande certitude de l'altération des parois des vaisseaux.

Un troisième symptôme, c'est la suffusion séreuse péripapillaire, qui rend les contours de la papille moins transparents et moins tranchés. En outre, du côté de la papille, on voit des fibres optiques opaques, isolées, et de petites artérioles oblitérées, transformées en cordons blancs.

Dans cette forme spéciale de l'atrophie ataxique, le mal a pu être arrêté dans sa marche pendant des mois et des années, chez un ataxique, par de fortes doses d'antipyrine ; chez deux syphilitiques, par des injections hypodermiques de cyanure d'or et de potassium, à la dose de 5, 6, 10, 15 milligrammes par jour ; chez un quatrième malade, syphilitique avéré, par des injections hypodermiques d'antipyrine, à la dose de un gramme par jour. Immédiatement après ces injections, M. Galezowski a constaté que les artères devenaient très rétrécies, et les veines dilatées. Cet état persiste plus d'une demi-heure, pendant laquelle le malade voit moins clair ; mais après ce temps les artères se dilatent et le malade voit beaucoup plus clair durant le reste du jour.

M. Fournier a établi que l'ataxie se développe très souvent dans la période d'évolution de la syphilis. Les observations de M. Galezowski confirment cette donnée.

Sur 1,029 cas d'atrophies des papilles de toute nature, 870 s'observaient chez les hommes.

Les atrophies des papilles ataxiques figurent pour le nombre de 717, tandis que les autres cas sont consécutifs aux névrites optiques, au traumatisme, aux embolies, etc. Sur les 717 cas d'atrophies des papilles ataxiques, 496 fois l'existence de la syphilis a pu être démontrée, et sur ce nombre M. Galezowski n'a observé l'infiltration périvasculaire qu'une quinzaine de fois.

Les conclusions de son travail sont les suivantes :

1° Les atrophies des papilles ataxiques constituent les deux tiers des atrophies papillaires ;

2° La syphilis a pu être constatée dans plus des deux tiers des cas d'atrophies des papillaires ataxiques.

3° Dans un certain nombre de cas d'atrophies ataxiques, on rencontre des infiltrations périvasculaires, signes d'une sorte de névrite parenchymateuse. Dans ces cas, le traitement approprié pourrait amener un arrêt de développement de la maladie.

Prophylaxie publique de la Syphilis (*suite*).

M. *Fournier* donne lecture des articles suivants des conclusions du rapport de la commission, que le Président de l'Académie met aux voix successivement :

Hospitalisation. — Traitement.

Art. 9.— *Le nombre des lits* affectés au traitement des maladies vénériennes est actuellement d'une insuffisance notoire. Il sera augmenté dans la proportion reconnue nécessaire par une enquête ouverte à ce sujet.

M. *Laborde* demande que l'on ajoute à cette conclusion l'expression d'un vœu pour la création d'un nombre suffisant de dispensaires destinés au traitement des malades, hommes et femmes, atteints de maladies vénériennes ou syphilitiques.

M. *Fournier* répond que, chaque hôpital de quartier étant destiné désormais à être un centre de consultations et de délivrance gratuite de médicaments pour les malades atteints de syphilis, deviendra par là même un dispensaire.

(L'article 9 est adopté.)

Art. 10. — Cette augmentation du nombre de lits affectés aux vénériens et aux vénériennes se fera, non pas par la création de services spéciaux dans les hôpitaux généraux, mais bien par la création de *nouveaux hôpitaux spéciaux*, lesquels devront toujours être placés en dehors de la zone d'enceinte. (Adopté.)

Art. 11. — Les *médicaments* propres au traitement des maladies vénériennes seront délivrés gratuitement dans tous les hôpitaux, hôpitaux spéciaux ou hôpitaux généraux. (Adopté.)

Art. 12. — Un service de *consultations gratuites*, avec délivrance de médicaments, sera annexé à l'Asile sanitaire spécial destiné au traitement des prostituées vénériennes. (Adopté.)

Art. 13. — Dans les hôpitaux spéciaux, la *consultation externe* sera faite :

1° Pour les malades ne réclamant pas leur admission, par un médecin ou un chirurgien du Bureau central ;

2° Pour les malades réclamant leur admission, par les médecins ou chirurgiens titulaires.

Les médecins ou chirurgiens du Bureau central délégués à ces fonctions ne pourront les résilier avant cinq ans d'exercice. (Adopté.)

Art. 14. — Dans toute ville de province, tout au moins dans chaque chef-lieu de département, il sera créé un service spécial pour le traitement des affections vénériennes ; les locaux affectés à ce service seront aménagés suivant toutes les règles de l'hygiène. (Adopté.)

Réformes dans l'enseignement.

Les réformes proposées par la commission sont les suivantes :

Art. 15. — Ouvrir librement tous les services de vénériens ou de vénériennes (y compris ceux de Saint-Lazare) à tout étudiant en médecine justifiant de 16 inscriptions. (Adopté.)

Art. 16. — Exiger de tout aspirant au doctorat, avant le dépôt de sa thèse, un *certificat de stage* de trois mois dans un service de vénériens ou de vénériennes.

Après une discussion à laquelle prennent part MM. Brouardel, Laborde, Trélat, Besnier, Bergeron et M. le rapporteur, cet article est modifié de la manière suivante, sur la proposition de M. *Trélat* : « Il serait désirable que tout aspirant au doctorat, avant le dépôt de sa thèse, fit un stage dans un service de vénériens ou de vénériennes. »

Art. 17. — Attribuer au concours, et au concours exclusivement, le recrutement de tout le personnel médical chargé du traitement de vénériennes à Saint-Lazare ou dans l'asile hospitalier qui sera substitué à Saint-Lazare. (Adopté.)

Art. 18. — Attribuer au *concours*, et au concours exclusivement, le recrutement du personnel médical chargé de la surveillance des filles inscrites au dispensaire de salubrité publique. (Adopté.)

Art. 19. — Cet article est supprimé.

Art. 20. — Les jurys des divers concours dont il vient d'être question pourront être composés ainsi qu'il suit :

1° Pour la nomination des médecins en chef : un membre de l'Académie de médecine ; un représentant de l'Ecole (professeur ou agrégé) ; trois médecins des hôpitaux.

2° Pour la nomination des médecins du dispensaire, comme pour celle des elèves, quatre médecins du dispensaire, présidés par un membre de l'Académie.

Art. 21. — Cet article, qui, dans les premières conclusions, portait le n° 23, est supprimé.

L'Académie aborde ensuite le paragraphe IV, relatif à la prophylaxie de la *syphilis dans l'armée* et la marine. Les divers articles de ce paragraphe donnent lieu à une discussion à laquelle prennent part MM. *Legouest*, qui demande leur suppression, MM. Léon *Colin, Le Roy de Méricourt*, G. *Rochard* et *Larrey*, qui demandent leur maintien. La discussion sur ces articles sera continuée dans la prochaine séance.

QUINZAINE CHIRURGICALE.

TROISIÈME CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE.

(12 au 17 mars 1888.)

Le grand amphithéâtre de l'Assistance publique ouvrait il y a quelques jours ses portes aux nombreux chirurgiens venus de points très divers pour notre Congrès français. La chirurgie française était représentée par un grand nombre de nos confrères et de nos maîtres de Paris et de la Province. La Suisse, la Belgique, l'Angleterre, le Brésil étaient représentés par plusieurs de leurs chirurgiens les plus éminents.

M. le Professeur Verneuil, président du Congrès pour 1888, a tenu, dans son discours d'ouverture, à laver l'affront qui avait été fait l'an dernier à la chirurgie Française par Billroth (de Vienne) dans une lettre qui fit le tour de la presse et où il nous représentait, « suivant d'un pas boîteux les immen- « ses progrès des Chirurgies Allemande et Anglaise ». Billroth semble se faire un honneur d'ignorer les travaux accomplis en France, et il est facile de se convaincre, quand on lit la dernière édition de la Chirurgie générale de cet éminent praticien, que depuis 25 ans ou bien il n'a connu aucun des travaux des chirurgiens français, ou bien il veut faire croire qu'il n'a jamais daigné les ouvrir. M. Verneuil donne, dans son discours, un aperçu sur l'état actuel de ses doctrines en pratique chirurgicale. Dire que cet aperçu du savant maître de clinique chirurgicale est l'unique et absolue règle de la chirurgie telle qu'on la pratique en France, serait refuser toute valeur à un certain nombre des travaux et des conquêtes opératoires exposées pendant le troisième Congrès.

La chirurgie française, nous dit-il, se préoccupe encore d'utiliser, quand on peut le faire, les moyens chirurgicaux non sanglants. Elle base ses indications thérapeutiques sur un diagnostic bien établi, comprenant la nature, la cause, la forme, la profondeur du mal. Elle choisit les procédés les moins périlleux et les plus faciles. — Ici, croyons-nous, il faut ouvrir une parenthèse pour expliquer l'opinion du maître. Il faut avant tout choisir les procédés

qui répondent le plus complètement à l'indication thérapeutique ; le vrai chirurgien ne doit point s'arrêter devant une intervention, si périlleuse qu'elle soit, dès qu'il en reconnaît l'utilité ; de même qu'il ne doit point choisir le procédé le plus dangereux, quand un plus simple lui donne le même résultat thérapeutique. Le même raisonnement est applicable à la facilité opératoire.— La chirurgie française est opportuniste, elle pèse avec soin les avantages d'une action plus ou moins hâtive, elle recherche *l'occasio præceps*. Elle tient grand compte des indications et contre-indications opératoires, des maladies constitutionnelles latentes ou patentes des sujets qui doivent être l'objet d'un traitement chirurgical.

En somme, elle se préoccupe peut-être plus que celle de quelques autres pays des résultats thérapeutiques, et moins des résultats plus ou moins heureux de longues séries opératoires.

Nous allons rendre compte à nos lecteurs des principales communications du Congrès. Ils y trouveront le compte rendu rapide de la pratique moderne dans un certain nombre de points d'actualité chirurgicale.

De la conduite à tenir dans les blessures par coup de feu des cavités viscérales

Les coups de feu du crâne, du thorax, de l'abdomen ! —Pour étudier à fond les nombreux et difficiles problèmes que le chirurgien a constamment à résoudre en présence de ces accidents, il faudrait plusieurs journées de Congrès; néanmoins depuis un an, depuis que M. le professeur Trélat a mis à l'ordre du jour de la Société de Chirurgie de Paris l'intervention dans les coups de feu de l'abdomen, de nombreuses recherches bibliographiques, cliniques, expérimentales sont venues enrichir la question et l'élucider quelque peu.

M. le professeur *Chauvel* (du Val-de-Grâce) prend le premier la parole sur ce sujet et nous pouvons grouper autour des différents points de son discours tout ce que ses collègues ont dit à leur tour.

Les blessures par coup de feu de *la tête* et de *la poitrine* tuent rapidement par lésions d'organes essentiels à la vie ou plus tard par lésions inflammatoires presque toujours d'origine septique. La cause d'infection peut avoir été apportée du dehors par le projectile ou bien le trajet et l'orifice d'entrée ont pu être infectés après l'accident. Le meilleur traitement jusqu'ici semble être la désinfection préventive de l'orifice d'entrée et sa protection au moyen d'un pansement occlusif et antiseptique qui empêche la pénétration des agents infectieux venus de l'atmosphère. Dans certains cas de blessure du crâne en apparence superficielles (*Vaslin*, d'Angers), il existe des fêlures ou des enfoncements de la table interne, qui s'infectent et qui produisent des suppurations sous-méningées ; le pansement antiseptique rigoureux prévient ces accidents et dès qu'il se manifeste des signes de méningite ou des accidents épileptoïdes il faut trépaner largement et désinfecter le foyer.

Dans les cas d'hémothorax par plaie pénétrante de poitrine (*Nimier*), il faut arrêter l'écoulement du sang et lier le vaisseau lésé, si cela est possible. Dès qu'il y a des signes d'infection, il faut ouvrir largement la plèvre, l'évacuer et la désinfecter rigoureusement.

— A ce propos il me revient à la mémoire un fait que j'ai observé il y a quelques mois. Un homme avait reçu dans une rixe un coup de couteau dans le dos. La plaie avait deux centimètres de long et siégeait dans la partie postérieure du 4e ou 5e espace intercostal. Elle était verticale et on pouvait augurer que, si elle avait pénétré, elle avait dû couper l'artère intercostale. Nous reconnûmes les signes d'un épanchement sanguin qui se limita assez vite, si bien que la dyspnée fut de courte durée. Au bout de 4 jours, le malade est pris de fièvre, d'un aspect typhique des plus marqués, de diarrhée avec ballonnement du ventre : on soupçonne une fièvre continue, il meurt et on trouve un épanchement sanguin modéré, mais en voie de transformation purulente. L'artère intercostale divisée avait été la source de l'hémorrhagie. Si on eût ouvert le thorax et désinfecté la plèvre, on aurait peut-être sauvé ce blessé.

Les plaies pénétrantes de l'*abdomen* ont été l'objet de plus longues discussions. Deux éléments leur donnent une gravité toute particulière. L'ouverture du tube digestif cause l'infection primitive du foyer de la blessure, et la blessure de vaisseaux plus ou moins gros expose à des hémorrhagies plus ou moins rapidement mortelles.

On peut ranger en trois catégories les opinions et la pratique des chirurgiens à l'heure actuelle : les *abstentionistes*, les *interventionistes précoces*, les *opportunistes*. M. *Chauvel* range parmi les abstentionistes M. Tillaux et M. Verneuil. L'immobilisation du ventre, l'opium, la morphine, la diète dans le but d'établir des adhérences, tels sont les moyens qu'ils préconisent dans la plupart des cas.

M. Chauvel se range résolument dans le clan des *interventionistes précoces*. Pour lui ainsi que pour les Américains, comme le montrent les expériences de *Delorme* (du Val-de-Grâce), pas de plaie pénétrante de l'abdomen sans lésion de l'intestin. Les blessures par coup de feu de l'intestin sont toujours très graves sinon mortelles, quand on n'intervient pas. Sur 5003 cas rassemblés par M. Chauvel, la mortalité a été de 80 % au moins ; on trouve 93 % dans certaines statistiques plus restreintes. Il faut intervenir, élargir la plaie, aller à la recherche des lésions ; - le trajet du corps vulnérant est toujours direct avec les armes modernes ; on doit donc débrider directement la plaie, fermer les perforations, nettoyer la cavité abdominale et la fermer ! Il faut agir sans attendre les phénomènes réactionnels qui indiquent toujours l'imminence d'accidents graves.

Pendant tout le siècle qui vient de s'écouler, un certain nombre de chirurgiens de mérite a soutenu la doctrine de l'intervention : Thomassin, Baudens, Legouest, Otis, Pirogoff par exemple, et aujourd'hui Hamilton et Mac-Cormak, tels sont ses défenseurs. M. Chauvel se joint à eux. Depuis 1880, il a colligé 41 cas de laparotomie faite pour blessures de l'abdomen par armes à feu ; il y a eu 25 % de guérisons et celles-ci sont d'autant plus rares que l'intervention est plus éloignée de l'accident. Dans les premières heures on a 40 % de succès, dans les 24 heures 30 %, après 24 heures l'insuccès est constant.

Mais la doctrine de l'intervention hâtive n'est pas toujours applicable ; M. *Labbé* opéra l'année dernière un jeune homme 25 heures après le début des accidents, il mourut 20 heures après l'opération. M. *Trélat* se comporta de même 25 heures après l'accident ; la péritonite était commencée, la mort suivit.

Malheureusement, en chirurgie de guerre, souvent on est dans des conditions très défectueuses. Les blessés tombent, sont transportés et soumis à des cahots ; il est impossible de songer à faire une laparotomie dans les ambulances de première ligne, dans l'encombrement des blessés que l'on a à panser

et avec les minimes ressources dont on dispose.

M. *Delorme* ajoute à ces raisons que les blessures faites par la plupart des projectiles de guerre sont très dangereuses par le volume du corps vulnérant, la multiplicité et l'étendue des lésions, la vitesse dont sont animés les projectiles. Cependant, avec M. *Poncet*, il pense que toutes les fois que l'on sera dans des conditions d'intervention assez propices, il y aura avantage à intervenir et à le faire rapidement, puisque Morton montre que les laparotomies suivies de succès ont presque toujours été faites 7 à 8 heures après la blessure.

L'opportunité opératoire est soutenue par MM. Trélat et Reclus. M. *Reclus*, comme les chirurgiens américains, n'admet point de plaie pénétrante du ventre sans perforation intestinale; mais il pense qu'après les perforations par balles de révolver il se fait une occlusion spontanée des orifices, soit par contraction musculaire de la paroi intestinale, soit par bouchon muqueux, soit par accolement aux viscères voisins. On trouve un certain nombre d'observations (Saint-Laurent, 25) (Nogués, 50) de plaies intestinales — attestées par l'hématémèse, les selles sanglantes, l'issue des matières, l'issue du projectile par le fondement — dans lesquelles la guérison a eu lieu sans accident. Aussi M. Reclus institue-t-il son traitement de la façon suivante : compression puissante du ventre pour prévenir l'écoulement des liquides et du sang ; opium à l'intérieur, diète rigoureuse, lait glacé par cuillerées à café tous les quarts d'heure. Si la péritonite se déclare, il conseille d'intervenir au premier moment.

M. le professeur *Trélat*, malgré les incertitudes qui planent encore sur la physiologie pathologique des plaies du tube digestif, hésite à croire à l'oblitération spontanée ; il y a au contraire un renversement de la muqueuse en dehors augmentant les dimensions de l'orifice. Il n'admet point la doctrine de l'expectation à outrance ; il ne pense pas non plus qu'il faille attendre que la péritonite confirmée ait éclaté pour intervenir. Il faut pour lui, à moins d'issue primitive des matières intestinales par la plaie, rester en arrêt devant l'orifice, surveiller les moindres symptômes accusés par le malade ; et au moindre signe de péritonite pratiquer la laparotomie.

On n'aura pas toujours de succès, mais on n'aura pas la douleur d'assister à des autopsies de malades à qui l'on aurait peut-être conservé la vie si l'on eût eu un peu plus d'audace.

Valeur de la cure radicale des hernies au point de vue de la guérison définitive.

Depuis deux ans au moins, nos lecteurs ont pu suivre les progrès que cette opération avait faits dans l'opinion du public des praticiens et des opérateurs. Cependant encore nombre de médecins ignorent les sérieux avantages que la cure opératoire procure aux hernieux et il ne leur vient pas à l'idée de conseiller à beaucoup de ceux-ci une opération bénigne et véritablement féconde en bons résultats. Le congrès français a vu mettre au jour un grand nombre de précieux documents qui vont pouvoir convertir les incrédules, et rallier les hésitants.

M. *Socin* (de Bâle) jusqu'au 1er janvier 1887 a fait 160 fois l'opération dite cure chirurgicale ou radicale, 75 fois pour des hernies non étranglées, 85 fois comme complément à la kélotomie d'urgence pour un étranglement. Les cures radicales vraies ont été faites 50 fois pour hernie inguinale chez l'homme, 15 fois chez la femme, 10 fois pour hernies crurales; il y a eu 2 morts qui seront expliquées plus loin.

Dans les 85 opérations complémentaires de la kélotomie il y avait 31 hernies inguinales chez l'homme, 20 chez la femme, 34 hernies crurales ; 11 morts.

Restent donc 147 malades opérés. M. Socin a pu en suivre 133, il n'a trouvé que 38 % de récidives. Voici les conclusions multiples et détaillées qu'il a tirées de cette pratique étendue.

1° La guérison radicale des hernies par l'opération sanglante est réelle.

2° L'opération est le complément obligé de toute kélotomie entreprise pour étranglement. — Il y a eu 12 % de mortalité dans ces cas ; ce n'est pas plus que pour la kélotomie sans cure radicale, donc cette manœuvre n'aggrave en rien l'opération; tout chirurgien doit profiter de cette occasion pour supprimer le sac herniaire, et M. Socin en arrive à penser qu'il est désolant qu'on réussisse à réduire par le taxis une hernie étranglée.

3° La cure radicale des hernies est indiquée :

A. Chez les jeunes sujets au-dessous de 20 ans, quand le traitement classique par le bandage ne peut maintenir la hernie réduite d'une façon complète et tout à fait permanente. On a dans ces cas 62 % de succès.

B. Chez les adultes quand le bandage ne contient pas les hernies facilement, complètement et sans douleurs.

4° Les chances de succès sont d'autant plus grandes que le sujet est plus jeune, que la hernie est plus petite et moins ancienne. Au-dessus de 25 ans la récidive est de 42 %.

5° L'existence d'une hernie double, ou de hernies chez les ascendants diminue les chances de succès.

6° Le travail corporel ne favorise pas les récidives et le port d'un bandage après l'opération est inutile et souvent nuisible.

7° L'opération sans danger dans les cas simples, ne devient dangereuse que chez les sujets âgés, quand la tumeur herniaire est immense et que les téguments se sont ulcérés, — ce sont deux cas de ce genre qui se sont terminés par la mort.

8° L'opération consiste dans l'ablation totale du sac au-dessus de son collet. La dissection peut offrir des difficultés dans les hernies congénitales, mais elle est presque toujours possible. La suture des piliers est rarement indiquée.

9° Quand il y a ectopie testiculaire avec atrophie, il faut enlever le testicule avec le sac.

M. *Thiriar* (de Bruxelles) a pratiqué 21 opérations de cure radicale, il n'a eu qu'un décès (alcoolique et emphysémateux mort d'accidents cérébraux); il n'a pu revoir qu'un petit nombre d'opérés ; il en conclut que l'opération est très avantageuse même quand la hernie se reproduit, car il est permis de maintenir aisément réduite une hernie difficilement coercible.

M. *Routier* a fait 14 fois la cure radicale : six opérés revus après 15 mois sont restés guéris, sauf un qui a une petite récidive facile à contenir. Il formule ainsi les indications opératoires : la cure radicale doit être faite dans toute hernie étranglée dans laquelle l'intestin peut être réduit ; dans toute hernie qui ne peut être complètement, constamment et facilement contenue.

Cette formule, empruntée à M. le Professeur *Trélat* qui l'a depuis longtemps inscrite dans son enseignement, résume en effet la situation, et nous la retrouvons plus ou moins déguisée, dans presque

toutes les conclusions apportées par les divers orateurs.

M. Trélat fait observer que la chirurgie moderne a fait dans la cure opératoire une grande conquête et qu'elle combat plus efficacement, grâce à elle, les complications herniaires. Voici deux lots de 100 hernieux chacun, dit-il ; aux 100 premiers vous ne pratiquez aucune intervention, et chez les 100 autres vous intervenez.

Il est certain que ces derniers auront une moyenne de vie bien supérieure aux premiers, car on aura prévenu chez eux, par l'opération, beaucoup d'accidents graves aboutissant presque toujours à une infirmité croissante ou à la mort. La bénignité de l'opération n'est plus à démontrer ; M. Trélat a rassemblé récemment 250 faits sans un seul accident, et dans son service de la Charité on a fait depuis un an 17 opérations de cure radicale (10, M. Trélat — 4, M. Segond — 3, M. Barette) sans aucune complication appréciable. C'est donc une opération rationnelle, exécutable, qui donnera de bons résultats toutes les fois qu'on aura détruit le trajet herniaire assez haut, quel que soit le procédé employé.

M. *Segond*, qui a publié, comme on sait, en 1883, une étude remarquable sur la cure radicale, a fait 44 fois cette opération, 14 fois pour des hernies libres, 30 fois pour des hernies incarcérées. Il admet les mêmes indications que M. le professeur Trélat ; il a perdu 5 opérés sur les 30 atteints de hernies étranglées, mais ils ont succombé à l'étranglement et à ses suites. Le résultat immédiat a toujours été parfait ; tous les opérés qui ont porté dans la suite un bandage de soutien sont restés guéris ; aussi M. Segond conserve-t-il l'usage de ce moyen de protection de la région inguinale. Ces bandages souples et coquets n'ont rien de semblable avec ces instruments de torture que les hernieux appliquent le plus souvent sans arriver à bien maintenir leur hernie.

M. *Richelot* divise en trois classes les hernies au point de vue des indications et des résultats. Les *hernies simples des adolescents* qui ne doivent point reparaître après l'opération ; celle-ci, bénigne et simple, lui paraît préférable à un traitement trop ennuyeux et incertain.

Les *hernies volumineuses et compliquées des adultes* sont absolument justiciables de l'opération qui les rend coercibles et faciles à contenir.

Chez les vieillards et chez les cachectiques, il vaut mieux s'abstenir.

Extirpation du larynx.

M. *Demons* (de Bordeaux) considère que cette opération, comme toute ablation de cancer, est praticable et donne d'aussi bons résultats que dans les autres cas de même nature en d'autres régions. Il professe d'autant plus volontiers cette doctrine, que longtemps le cancer endolaryngé est limité dans son extension, encapsulé pour ainsi dire par le cartillage thyroïde. Deux fois il a eu l'occasion d'intervenir dans des cas de cette nature. Dans le premier cas il a pratiqué l'ablation de la moitié supérieure du larynx : le malade a eu 9 mois de survie et a succombé à une récidive linguale. Dans le second cas il a fait l'ablation totale de l'organe ; depuis 10 mois il n'y a pas de récidive. M. Demons conseille une marche opératoire particulière ; il fait d'abord la thyrotomie médiane, pour y voir clair dans le larynx et décider de l'étendue plus ou moins grande qu'il doit donner à l'extirpation. En somme, les résultats qu'il a obtenus dans le nombre limité de cas où il est intervenu lui font dire que la vie de ses opérés est de beaucoup préférable à celle des trachéotomisés.

M. *Daniel Mollière* a enlevé une partie du larynx à un malade et a pu laisser une corde vocale en place, le sujet a guéri de l'opération en 10 jours, et sa voix est assez distincte aujourd'hui.

L'extirpation du larynx, comme on le voit, fait son chemin et peu à peu prend droit de domicile dans la chirurgie moderne.

(*A suivre*). Dr Barette.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

L'enseignement de l'art dentaire en France.

Monsieur le Directeur,

Le *Concours médical* du 10 février dernier renferme un article très élogieux sur l'Ecole dentaire de Paris, établie rue Richer. Voulez-vous me permettre de donner quelques explications plus détaillées, au sujet de l'enseignement de l'art dentaire à Paris ?

J'ai été surpris de voir passer sous silence, dans cet article l'existence de l'autre école dentaire connue sous le nom d'*Institution Odontotechnique*, et dont le siège est *3, rue de l'Abbaye*.

Mon intention n'est point, bien entendu, de critiquer les éloges adressés à l'*Ecole de la rue Richer*.

Les honorables praticiens qui ont accepté sa direction ont rempli leur mission avec un zèle et, il faut le dire aussi, avec un succès qui a dépassé toutes les prévisions. Je serais du reste fort mal en situation pour amoindrir sa valeur, puisque j'en fais partie comme membre de la *Société Odontologique*.

Mais l'Ecole de la rue de l'Abbaye n'est inférieure sous aucun rapport, et, de plus, elle a été fondée sous l'empire des idées de protection qui règnent au Concours médical : la défense des prérogatives du médecin dans notre état social.

L'histoire de la création de ces deux écoles, encore toute récente, fera bien comprendre ma pensée. Un certain nombre de dentistes honorables de Paris se réunirent en société vers les années 1878-79 pour lutter contre les excès du charlatanisme et l'invasion des praticiens étrangers. Tous furent d'accord pour soutenir l'opinion que le meilleur moyen de relever la profession était de former des dentistes instruits ; l'enseignement professionnel s'imposait. Mais il n'en fut plus de même lorsque l'on proposa de réglementer la profession et de la mettre sous le patronage de l'Etat. Exiger tout au moins le diplôme d'officier de santé pour être dentiste, cela blessait trop d'individus, trop de situations acquises.

La division se mit dans le camp. Les indépendants, plus nombreux bien entendu, se retirèrent et fondèrent une école. Il serait superflu d'ajouter qu'ils ont été soutenus par le plus grand nombre. Les partisans de la réglementation, restés seuls après avoir présenté leur projet, fondèrent aussi leur école ; c'est précisément celle qui existe actuellement, 3, rue de l'Abbaye. Quelles que soient les idées que l'on ait de ces difficiles questions de réglementation, il n'en est pas moins vrai que cette dernière société, l'Institution odontotechnique, s'est vouée à la défense des intérêts médicaux. Elle possède, comme sa rivale, un local vaste et commode, elle compte parmi ses professeurs bon nombre de praticiens honorables de Paris ; toutes les branches

de la médecine nécessaires à l'art du dentiste y sont également enseignées avec soin. En résumé, grâce à la création de ces deux groupes scolaires, l'enseignement de l'art dentaire est aujourd'hui assuré en France d'une manière très sérieuse.

Mais j'ai pensé qu'il était utile de faire connaître aux membres du Concours la situation réciproque des deux établissements.

Ils pourront ainsi faire un choix plus judicieux.

Si vous le permettez, Monsieur le Directeur, je répondrai ici même à une question qui m'a été bien souvent posée par nos collègues.

Pensez-vous qu'il soit utile d'être docteur pour faire un bon dentiste? Je réponds franchement: non.

Mais à moi maintenant de vous demander: Pensez-vous qu'il soit nécessaire d'être docteur pour couper un doigt ou la fièvre quarte, ou bien regarder un enfant sortir du sein de sa mère?

Voici un jeune médecin arrivé vite à une grande clientèle parce qu'il est habile, insinuant, qu'il sait flatter les puissants et se faire acclamer par les faibles, ou bien parce qu'il a su placer son nom sur des recherches scientifiques à côté de celui d'amis bienveillants; pensez-vous que son titre de docteur lui ait servi à tout cela?

Mais c'est toujours la même confusion.

La question n'est vraiment pas là; vous confondez une question de capacité individuelle avec une question sociale. Voici, à mon sens, ce qu'il faut demander: M. X. a fait d'énormes sacrifices pour devenir docteur en médecine; pensez-vous que tous les autres citoyens aient le droit d'exercer comme lui la médecine? L'art dentaire est-il une branche de la médecine, et croyez-vous que les médecins aient trop de ressources pour abandonner une de ces branches, quelle qu'elle soit?

Je préfère ne pas répondre, ce serait trop facile.

Tant qu'il existe des lois et règlements, on est en droit de supposer qu'ils sont faits pour être appliqués. Supprimez-les, je ne demande pas mieux; laissez le public s'habituer à faire un choix judicieux, et surtout traitez comme des voleurs les gens qui s'attribuent le titre de docteur ou d'officier de santé sans en avoir le droit, et vous verrez si les dentistes ne seront pas obligés de faire preuve de savoir vis-à-vis de leurs clients.

Agréez, etc.

Dr AGUILHON DE SARRAN.

L'observation que veut bien nous faire notre distingué confrère est légitime. Nous avons dit grand bien de l'*Ecole dentaire* et reproduit ses statuts. Nous rendrons à l'*Institut Odontotechnique* le même service bien volontiers, car dans ses publications le *Concours* n'a qu'un but: signaler aux membres de notre Société une carrière qui convient essentiellement au fils d'un médecin.

A. C.

CORRESPONDANCE

Refus de certificat post mortem aux Compagnies d'assurances.

Mon cher confrère,

Le *Concours* s'est beaucoup occupé des relations des médecins avec les Compagnies d'assurances sur la vie; pour cette question comme pour beaucoup d'autres, nous trouvons dans votre excellent journal la meilleure règle de conduite à suivre dans les cas difficiles. Un de mes clients, atteint depuis 8 ou 10 ans d'une affection grave, avait été assuré par inadvertance du médecin de la Compagnie. Il vient de mourir de cette maladie ancienne. L'agent de la Compagnie m'écrivit aussitôt pour me demander la *cause, la nature, la durée de la maladie et celle des soins.*

Je refusai m'appuyant: 1° sur la Société de médecine légale qui est d'avis que « les médecins feront bien de refuser toujours et absolument de déférer des certificats indiquant la nature de la maladie à laquelle a succombé un de leurs clients, et les circonstances dans lesquelles il est mort ». — 2° Sur la décision du tribunal civil du Havre du 30 juillet 1886 et celle du tribunal de Besançon de février 1887.

La Compagnie a payé la somme convenue à la famille, sans rien me demander d'autre.

Agréez, mon cher confrère, l'assurance de mes sentiments dévoués.

Docteur X...

BULLETIN DES SYNDICATS

ET DE

L'UNION DES SYNDICATS

DIRECTEUR: Dr BARAT-DULAURIER

L'Assistance médicale dans le département de la Haute-Saône.

Arrêté réglementant le service de l'Assistance médicale du 27 février 1875.

Nous, Préfet de la Haute-Saône,

Vu la délibération du 21 octobre 1874 par laquelle le Conseil général a décidé, sur notre proposition, que le service de la médecine gratuite des indigents serait réorganisé, à partir de 1875, suivant deux systèmes, savoir: *Celui des circonscriptions avec abonnement*, et celui des bons à prix réduit avec liberté pour le malade du choix du médecin.

Vu le budget départemental dans lequel le même conseil a inscrit un crédit de 9,000 fr. destiné au paiement des médicaments, étant entendu que la subvention annuelle de l'Etat sera employée, pour partie, à donner un supplément d'indemnité aux médecins chargés de desservir, par voie d'abonnement, les communes éloignées, d'un accès difficile et où le service est le plus pénible.

Vu les délibérations par lesquelles un grand nombre de communes ont adhéré à la nouvelle organisation, et voté les ressources nécessaires pour assurer à leurs indigents les bienfaits de l'assistance médicale, à raison, soit de 8 centimes au moins par habitant d'après le dernier dénombrement officiel, soit de 2 francs par indigent inscrit sur les listes de gratuité,

Arrêtons:

Article 1er. — Il est créé dans le département de la Haute-Saône, en remplacement de l'organisation instituée par l'arrêté de notre prédécesseur du 15 janvier 1867, un nouveau service médical pour faire administrer gratuitement aux indigents malades les secours de la médecine et de la pharmacie.

Ce service fonctionnera à partir de la publication du présent arrêté.

Art. 2. — Deux systèmes, ayant chacun une comptabilité distincte, seront mis en pratique suivant le mode choisi par les conseils municipaux, savoir:

1° Le système des circonscriptions avec abonnement;

2° Le système des bons à prix réduit.

Les ressources de l'un et l'autre système seront centralisées à la trésorerie générale comme cotisations communales.

Art. 3. — Le système des circonscriptions avec abonnement comprend les communes qui fournissent un contingent minimum de 8 *centimes* par habitant sur la base du dernier recensement officiel.

Les communes desservies par le même médecin forment une circonscription.

Le médecin est désigné par nous, sur la proposition du maire, qui prend au besoin l'avis du Conseil municipal.

Il reçoit, à titre de rémunération, en deux mandats semestriels une indemnité *égale au total des contingents inscrits* aux budgets communaux de sa circonscription.

Cette indemnité remontera au 1er janvier pour l'année courante.

Art. 4. — Le système des bons à prix réduit comprend les communes qui se sont engagées à concourir à la dépense pour une somme égale à autant de fois 2 fr. qu'il y a d'indigents inscrits sur la liste arrêtée par le conseil municipal, sauf à compléter le crédit, s'il est insuffisant.

Le malade aura le libre choix du médecin. Ce dernier fera sa visite sur la production d'un bon délivré *par le maire, et aura droit à une indemnité* de 0.50 c.

En cas de déplacement, il lui sera alloué une indemnité de 0,50 par kilomètre aller et retour compris, c'est-à-dire 0,25 par kilomètre parcouru. Un déplacement excédant cinq kilomètres, ne donnera lieu qu'à une indemnité de cinq bons, c'est-à-dire 2 fr. 50. La consultation au domicile du médecin est gratuite.

Il sera délivré tous les six mois, sur les fonds centralisés, un mandat représentant la valeur des bons de visite. A cet effet, *ces bons nous seront adressés dans la 1re quinzaine de juillet et de janvier, avec un bordereau vérificatif, un mémoire régulier dressé et signé par le médecin, en double expédition, dont un sur timbre*, toutes les fois que la somme à payer excédera 10 fr.

Art. 5. — Dans les communes qui feront soigner leurs pauvres à prix débattu, la rémunération des médecins sera directement mandatée par le maire sur le crédit inscrit à cet effet au budget. Ces communes ne participeront pas au bénéfice de la mutualité, ni à la subvention départementale allouée pour les médicaments, ni à celle de l'Etat. Leurs contingents ne seront pas centralisés.

Art. 6. — Quel que soit le mode adopté dans chaque localité, les contingents communaux pour le service de la médecine gratuite des indigents seront votés chaque année, en session de mai, pour l'année suivante, c'est-à-dire en même temps que l'ensemble du budget primitif, dans lequel ils seront inscrits dans un article spécial, au chapitre des dépenses.

La liste des indigents auxquels le traitement médical gratuit devra être accordé sera préparée dans le courant d'octobre de chaque année par une commission composée du maire, du desservant ou pasteur, du médecin, et de deux membres du bureau de bienfaisance, ou à défaut du Conseil municipal. Elle sera ensuite soumise par le maire, en session de novembre, au Conseil municipal, qui l'arrêtera après avoir apprécié la situation particulière de chaque inscrit, au double point de vue des moyens d'existence et des charges de famille.

Art. 7. — La liste ainsi dressée, au moyen d'imprimés fournis par la préfecture, sera soumise au visa du préfet ou du sous-préfet suivant l'arrondissement, en triple expédition, dont l'une sera conservée dans nos bureaux, et les deux autres renvoyées au maire qui en déposera une dans les archives de la mairie, et enverra l'autre au médecin chargé du service de la circonscription.

Cet envoi ne sera pas nécessaire dans les communes pratiquant le système des bons à prix réduit.

Art. 8. — Tout indigent inscrit recevra, dans les premiers jours de janvier, une carte d'admission au traitement médical gratuit, signée par le Maire et conforme au modèle n° 1 qui fait suite au présent arrêté.

Art. 9. — Dans les communes organisées en circonscriptions, les médecins désignés donneront sur l'exhibition de cette carte des consultations et traiteront à domicile les malades indigents qui ne pourraient se déplacer sans inconvénient.

Art. 10. — Dans les autres localités les maires délivreront des bons de visite revêtus de leur signature et du cachet de la Mairie (modèle n° 2).

Les médecins pourront être appelés directement par le malade ou sa famille dans les cas urgents, sans autre formalité que la présentation de la carte d'admission, et sans préjudice de la délivrance ultérieure du bon de visite nécessaire au médecin pour justifier de son déplacement, comme il est dit art. 4 ci-dessus.

Art. 11. — Les médicaments seront pris chez tous les pharmaciens ayant accepté le tarif à prix réduit arrêté par l'Administration, ou même fournis par les médecins quand les pharmaciens seront trop éloignés.

La dépense sera payée au moyen du crédit départemental de 9,000 fr. dont la répartition entre les communes adhérentes, à raison de 4 centimes par habitant, sera annuellement notifiée aux maires et aux médecins qui devront se renfermer pour chaque commune, ou au moins pour chaque circonscription, dans les limites assignées. Si le maximum est dépassé, l'excédent restera à la charge des communes qui auront dépassé leur quote-part.

Art. 12. — Tous les six mois, dans la première quinzaine de juillet et de janvier, les ordonnances, accompagnées des mémoires des pharmaciens, visés par les médecins de circonscription, ou par l'un des médecins qui auront signé les ordonnances, seront adressées à la Préfecture pour l'arrondissement de Vesoul, et aux sous-préfectures pour les arrondissements de Gray et de Lure.

Ces mémoires, régulièrement établis, comprendront indistinctement toutes les ordonnances relatives aux communes recevant une part proportionnelle du crédit affecté aux médicaments.

MM. les Sous-Préfets nous les feront parvenir après vérification, afin d'en assurer le paiement.

Art. 13. — Indépendamment des soins à donner aux malades indigents, chaque médecin de circonscription ou autre, rétribué au moyen de bons à prix réduit, est chargé, dans les communes de sa clientèle, et sans rémunération spéciale de la part de l'administration :

1° Du service de la vaccine au profit de tous les habitants indistinctement.

2° Du service local des épidémies, sans préjudice de l'intervention du médecin spécial des épidémies de l'arrondissement.

3° De veiller à la salubrité des Ecoles publiques et des salles d'Asile.

4° De rechercher et de signaler les causes d'insalubrité pouvant exister dans l'intérieur des communes ou dans le voisinage, et de proposer les mesures d'hygiènes propres à y remédier.

5° Enfin de fournir à l'administration les rapports et renseignements qu'elle pourra demander sur ces divers services, notamment les tableaux annuels formant les éléments de la Statistique de la vaccine, de la mortalité et des épidémies :

Art. 14. — Un arrêté organisera le service de la vaccine dans les communes qui ne participeront pas à l'assistance médicale gratuite ci-dessus réglée.

Art. 15. — MM. les Sous-Préfets, maires et trésorier payeur général des finances sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté.

Vesoul, 27 février 1875.

Le Préfet de la Haute-Saône,
Burin du Buisson.

Cet arrêté a été modifié et complété ainsi qu'il suit, en 1882, sur les réclamations du syndicat médical de la Haute-Saône.

Arrêté :

Nous, Préfet de la Haute-Saône.

Vu la délibération du 25 août dernier par laquelle le

conseil général demande qu'il soit apporté diverses modifications à l'arrêté préfectoral du 27 février 1875, réglementant le service de la médecine gratuite des indigents dans le département de la Haute-Saône ;

Vu le budget départemental dans lequel est inscrit un crédit de 9000 fr. destiné à payer les médicaments, concurremment avec la subvention annuelle accordée sur les fonds de l'Etat ;

Vu l'arrêté préfectoral du 27 février 1875 ;

Arrêtons :

Art. 1er. — L'arrêté réglementaire du 27 février 1875, concernant le service de la médecine gratuite des indigents dans le département de la Haute-Saône, est modifié de la manière suivante :

Un seul des deux systèmes indiqué dans cet arrêté continuera à fonctionner, celui de la circonscription avec abonnement.

Art. 2. — Le contingent *minimum* à fournir par les communes qui contracteront l'abonnement sera de 10 centimes par habitant sur la base du dernier recensement officiel.

Art. 3.— La subvention départementale de 9,000 fr. pour paiement de médicaments, sera exclusivement réservée aux communes abonnées.

Art. 4. — Le médecin sera choisi pour l'année entière.

Art. 5. — Dans une commune où résident plusieurs médecins, les indigents pourront s'adresser à celui qui leur conviendra, en admettant, toutefois, que tous les médecins consentent à faire le service.

La somme allouée par cette commune pour la médecine des pauvres sera, à moins de conventions spéciales contraires, répartie également entre les médecins, quel que soit le nombre des visites faites par chacun d'eux.

Art. 6.— Les communes auxquelles il ne conviendrait pas de souscrire l'abonnement ci-dessus resteront libres de s'entendre avec le médecin de leur choix, pour le traitement de leurs indigents et pour le service de la vaccine, dont il est parlé à l'article 9 ci-après.

Dans ce cas, la rémunération à allouer au médecin sera débattue à l'avance et payée directement par la commune et sur ses fonds propres.

Art. 7. — Pour les communes abonnées, la liste des indigents auxquels le traitement médical gratuit devra être accordé, sera préparée dans le courant d'octobre de chaque année, par une commission composée du maire et de deux membres du Bureau de bienfaisance ou à défaut du conseil municipal.

Elle sera ensuite soumise par le maire au Conseil municipal, en session de novembre, devra être acceptée par le médecin, approuvée par le Préfet ou par le Sous-Préfet, et sera *Individuelle*, c'est-à-dire qu'elle comprendra les nom, prénoms et profession de chaque indigent appartenant à la même famille.

Art. 8. — Cette liste une fois définitivement arrêtée, les adjonctions qui y seront faites ne pourront être imposées au médecin. En conséquence, si pour une cause quelconque une commune reconnaissait la nécessité de dresser une liste supplémentaire, le traitement médical des indigents portés sur cette liste, serait payé directement par la commune sur un crédit spécial, fixé ensuite d'une convention particulière entre elle et le médecin, et en dehors de l'abonnement.

Art. 9. — Le contingent de 0.10 c. par habitant qui sera voté par les communes pour le service de la médecine gratuite est indépendant de la rémunération à allouer pour la vaccine.

Chaque médecin sera chargé, dans les communes qui l'auront choisi pour soigner leurs indigents, du service de la vaccine au profit de tous les habitants indistinctement, moyennant une rétribution spéciale qui est fixée savoir :

15 fr. pour les communes au-dessous de 500 habitants.

20 fr. pour les communes de 500 à 1000 habitants et ainsi de suite en augmentant de 5 fr. par 500 habitants.

Art. 10. — Les conseils municipaux des communes abonnées, auront donc à voter chaque année et d'une manière distincte :

1° Une somme de 0 fr. 10 par habitant pour le service de la médecine gratuite proprement dit ;

2° Une somme calculée comme il est dit ci-dessus pour le service de la vaccine.

La première de ces sommes sera centralisée à la trésorerie générale comme cotisation municipale, et payée aux médecins sur mandats délivrés par nous. L'autre sera mandatée par le maire au profit du médecin vaccinateur.

Art. 11. — Sont maintenues les dispositions de l'arrêté réglementaire du 27 février 1875 qui ne sont pas contraires à celles contenues dans le présent arrêté, lequel recevra son exécution à partir du 1er janvier 1883.

Vesoul, 30 novembre 1883.

Le préfet de la Haute-Saône,
MICHEL.

Je me bornerai pour aujourd'hui à quelques remarques sommaires.

Le système des circonscriptions est bien vite tombé en désuétude. Longtemps avant l'arrêté de 1882, la commune était libre de choisir son médecin. C'est le système de l'abonnement communal.

Dans cet arrêté de 1882 où l'influence médicale se fait sentir à chaque ligne, on voit déjà percer une des grandes difficultés de l'organisation de l'assistance médicale, c'est là confection de la liste. On cherche déjà un remède contre les *inscriptions abusives*, art. 7 et 8. — Dans ce but, il vaudrait mieux fixer les cotisations communales à tant par tête d'indigent inscrit. Le conseil municipal y regarderait de plus près. Il se trouverait toujours là quelqu'un pour protester dans l'intérêt du budget municipal contre les inscriptions abusives sur la liste des indigents.

Au contraire, lorsqu'on établit les cotisations à tant par tête d'habitant, plus on inscrit d'indigents sur la liste, mieux on administre dans l'intérêt de la commune ; et qu'importe que ce soit à notre détriment. Aussi, chaque année, le médecin est-il obligé de batailler, seul contre tout le conseil municipal, pour s'opposer à des inscriptions nouvelles. A la veille des élections, c'est une véritable avalanche d'inscriptions scandaleuses.

On fait à nos dépens de la popularité électorale.

Il y a bien les suppléments de dépense pour médicaments qu'il faut payer à la fin de l'année quand les crédits ont été dépassés. Mais c'est un frein absolument insuffisant.

Enfin, il est de toute justice que les cotisations communales qui constituent dans le budget de l'assistance médicale la rémunération du médecin, soient proportionnées au nombre des *malades à soigner* et non pas au nombre des habitants dont nous n'avons que faire.

Quel que soit le système que l'on adopte pour l'organisation de l'assistance médicale, ce sera toujours un sacrifice que l'on demandera au médecin. Encore faut-il qu'à ce sacrifice ne vienne pas s'ajouter l'ennui de discussions toujours pénibles. Ce sacrifice, nous sommes disposés à le consentir pour l'honneur de notre profession, mais il ne faut pas qu'il dégénère en exploitation révoltante.

Dr E. GAUTHIER.

Association syndicale professionnelle des médecins de l'arrondissement de Senlis

Réunion du 26 février 1888.

La séance est ouverte à 4 h. par le Dr Chopinet, président, qui, en quelques mots, expose les raisons ayant empêché la réunion du syndicat depuis l'expiration des pouvoirs du bureau.

Sont présents : MM. Cezilly, Chopinet, Demmler, Gouron, Maurat, Millet,

Le nouveau bureau est ainsi constitué :

Dr Millet, président.

Dr Maurat, secrétaire-trésorier.

La parole est donnée au Dr Demmler pour rendre compte de la situation financière de la Société. Depuis 1885 les cotisations ont été irrégulièrement perçues, et le syndicat, pour éviter de trop fortes réclamations, et attendu que la situation financière est bonne, décide qu'on ne réclamera pas les cotisations en retard pour 1885-86-87.

Le nouveau trésorier est instamment prié de vouloir bien à l'avenir faire recouvrer par la poste, chaque année, les cotisations en retard.

Situation financière.

Avoir au 31 décembre 1884......		346.60
Cotisations perçues en 1885-86-87......................		192.00
		538.60
Versement à l'union des syndicats en 1885...............	50 fr.	
Dépenses diverses.............	6 fr. 65	56.65
Total de l'avoir au 26 février 1888.............		481.95

Une lettre de M. le préfet de l'Oise, adressée au président du syndicat, lui demande son opinion sur les modifications à apporter à l'organisation de l'assistance publique du département.

L'assemblée décide que cette question importante sera mise à l'ordre du jour de la prochaine séance et prie *individuellement chacun de ses membres de vouloir bien apporter ou envoyer son opinion et ses desiderata*. Un projet complet sur lequel on pourrait délibérer serait évidemment bien reçu.

Un membre du syndicat demande s'il ne serait pas possible de provoquer une revision des circonscriptions d'inspection des enfants en nourrice. Il fait remarquer que, pour son compte particulier, il est inspecteur dans deux localités où il n'exerce pas la médecine et quelques-uns de ses voisins sont dans le même cas. Cette question est mise à l'ordre du jour de la prochaine séance. Il est évident que la concentration des divers services publics dont les médecins sont chargés ainsi que leur répartition d'une façon telle que le service soit facile, est logique et s'impose à l'administration.

La prochaine réunion est fixée au mois de mai prochain, à Chantilly.

Le secrétaire trésorier,
Dr Maurat.

RENSEIGNEMENTS THÉRAPEUTIQUES.

Sur la solubilité de l'acide borique

Par Mansier.

D'après Schultz, la magnésie calcinée jouit de la propriété de former avec l'acide borique un sel composé de plusieurs molécules d'acide pour une seule d'oxyde de magnésium. Pour Mansier, les solutions consistent en une dissolution de polyborate de magnésium dans l'acide borique dissous ou *vice versa*.

On verse la quantité voulue d'eau bouillante sur le mélange de magnésie et d'acide borique placé dans un vase couvert.

Soit la formule suivante :

Acide borique...........	50 grammes.
Magnésie calcinée.......	11 gr. 25 centigr.
Eau distillée...........	q. s. pour 1 litre.

En ajoutant 1 gr. 25 de magnésie par 10 grammes d'acide borique mis en plus, on peut arriver à :

Acide borique...........	120 grammes.
Magnésie calcinée........	10 —
Eau distillée............	q. s. pour 1 litre.

Cette solution reste limpide jusqu'à 15°. En portant la quantité de magnésie à 1 g. 50 pour chaque portion de 10 grammes d'acide borique, il n'y a pas de précipitation jusqu'à 12°.

On peut employer ces préparations pour les lavages de la vessie et tous les pansements en général.

L'auteur rappelle que M. Guyon emploie dans son service, depuis quelques mois, une solution d'acide borique à 50 grammes par litre, maintenue à cet état de concentration à l'aide de 5 grammes de borate de soude, à la condition toutefois que la température ne soit pas inférieure à 18°. Cette solution peut donner d'excellents résultats.

(*Annales des mal. des voies génito-urinaires*, 1888, 2, et *Union médicale*.)

NOUVELLES

Épidémie de fièvre typhoïde de Quimper.

Dans sa dernière séance le Comité consultatif d'hygiène publique de France a entendu lecture du rapport de M. le Dr *Thoinot* sur l'épidémie de fièvre typhoïde du lycée de Quimper, en février-mars 1888.

Cette épidémie présenta les caractères principaux suivants : Début brusque ; atteinte massive des sujets. Les internes et les demi-pensionnaires furent seuls frappés, dans la proportion de 1 sur 6 pour la morbidité et de 1 sur 11 pour la mortalité. Les externes furent tous épargnés. — Aucune épidémie typhoïde ne régnait à Quimper.

Or, tandis que la ville fait usage d'eau de source, le lycée consomme une eau spéciale provenant d'une citerne et d'un puits-source. D'autre part, dans le voisinage de ce puits passe un égout qui reçoit des matières de vidange et n'est pas construit de façon à ne pas les laisser échapper. Enfin, le lycée est dominé par un plateau, qui sert de champ de foire, et où s'accumulent les matières fécales. Celles-ci, s'insinuant avec les urines dans le terrain sous-jacent, peuvent souiller les sous-sol du lycée et contaminer les eaux d'alimentation.

Aussi tout porte-t-il à croire que l'eau a été le véhicule des germes typhiques. M. Roux, sous-directeur du laboratoire de M. Pasteur, y a, du reste, trouvé le bacille typhique.

Le fait suivant confirme encore d'une façon remarquable ces vues étiologiques.

Une femme habitant en face du lycée fut atteinte de fièvre typhoïde. Or, elle ne buvait que de l'eau, et *de l'eau du lycée*, qu'elle puisait au robinet de la loge du concierge. Elle fut prise le 18 février en même temps que le petit-fils du concierge et succomba le 9 mars. Ce fut le seul cas observé en ville.

Des mesures provisoires ont été prises immédiatement pour filtrer les eaux d'alimentation des élèves du lycée, et la municipalité s'est empressée de mettre à l'étude pour l'avenir un projet pour amener l'eau qui empêchera très probablement le retour de ces accidents.

(*Bulletin médical.*)

Le Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André, 3

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE :

Assemblée générale de la CAISSE DES PENSIONS DE RETRAITE du corps médical.

L'Assemblée générale a eu lieu le dimanche 8 avril, à 10 heures, sous la présidence de M. Dujardin-Beaumetz, au domicile du secrétaire, M. le docteur Delefosse. Après la lecture des rapports, qui ont été approuvés à l'unanimité, il a été décidé, sur la proposition écrite de M. Dulaurier, que la date de l'Assemblée de 1889 serait fixée par le Comité directeur, vers le mois de juin, de façon à permettre aux adhérents de visiter l'Exposition.

Sur la proposition de M. Cézilly, il a été résolu également que, par les soins de M. Lande, la Caisse des pensions se ferait inscrire à la section d'Economie sociale, et que, dans ce but, on joindrait aux Statuts un mémoire sur son organisation et sur son mode de fonctionnement.

On a décidé, en outre, qu'on ferait une certaine publicité, comme l'année précédente.

L'Assemblée, considérant que le Comité directeur était tout entier soumis à la réélection en 1889, a résolu de ne pas pourvoir pour le moment à la vacance de la vice-présidence.

Nous reproduisons aujourd'hui le très intéressant rapport du Secrétaire général. Nous donnerons, dans le prochain numéro, celui du trésorier.

Messieurs,

La Caisse des pensions de retraite suit régulièrement la marche ascendante que nous avions prévue dans nos comptes rendus précédents.

Notre capital s'accroît d'année en année avec le nombre de nos adhérents que grossit au cours de chaque exercice un groupe de nouveaux adeptes fermement convaincus.

Quelques associés, en butte aux vicissitudes de notre pénible profession, demandent un peu de délai pour faire honneur à leurs engagements ; nos Statuts visent ces infortunes passagères et assurent à nos collègues le bénéfice de la prévoyance qu'ils ont montrée aux jours heureux.

Nous avons perdu une de nos Dames associées, la femme du docteur Lapeyronie, de Bordeaux, emportée en pleine jeunesse. Que notre malheureux confrère reçoive l'hommage de la profonde et douloureuse sympathie que lui exprime ici, au nom de vous tous, votre secrétaire général, qui lui a déjà prodigué les consolations de l'ami.

Je n'aurais plus, Messieurs, qu'à laisser la parole à notre laborieux trésorier, car aucun autre incident n'est venu marquer notre existence pendant l'année 1887. Je vous demande cependant quelques minutes pour vous entretenir d'un nouveau projet de caisse de retraites. Encore ne dois-je pas dire nouveau projet, mais projet modifié, car il s'agit de la création proposée déjà l'année dernière par l'ardent et infatigable président de la Société d'Alger, le docteur Trolard.

Tenant compte des critiques soulevées par les Statuts qu'il avait élaborés en 1886, le docteur Trolard les a présentés sous une nouvelle forme (*Alger médical*, septembre-octobre 1887), non sans avoir, au préalable, rétorqué vivement tous les arguments de ceux — et nous savons quel en est le nombre — qui estiment suffisante la Caisse des Pensions viagères d'assistance de l'Association générale.

Entre temps, notre distingué confrère s'explique aussi au sujet de notre caisse : « Il nous faut rendre « cette justice à nos voisins qu'ils ont su faire quel-

« que chose, ce qui vaut mieux que rien. Ce quel« que chose est même un véritable progrès sur les « caisses ordinaires ; mais nous avons pensé qu'il y « avait mieux à faire encore, et c'est là une des rai« sons pour lesquelles nous ne nous sommes pas « joints à eux. »

Pour faire mieux, le docteur Trolard estime qu'il ne faut pas se contenter de servir aux adhérents une pension viagère, le capital demeurant acquis à la caisse après le décès de l'associé à quelque moment que survienne le décès, mais qu'il faut s'appuyer sur les bases suivantes :

« 1° A l'époque fixée par les Statuts, remise au « participant du capital représentant l'épargne ver« sée ayant produit intérêt composé à 4 0/0 et aug« mentée des bénéfices acquis par la caisse ;

« 2° Restitution à la famille (veuve, enfants et as« cendants) des sommes versées par le chef de fa« mille, dans les mêmes conditions que ci-dessus ;

« 3° Restitution au participant qui désire se retirer « de la Société, de l'intégralité des sommes versées, « augmentées d'au moins de l'intérêt à 4 0/0. »

C'est-à-dire que la caisse de M. le docteur Trolard est tout simplement une caisse qui garantit à ses déposants un placement à 4 0/0 et à intérêts composés avec :

1° Faculté de retrait des fonds à un moment quelconque;

2° Service viager d'un intérêt de plus de 4 0/0 à partir d'une époque fixée par les Statuts, le capital demeurant la propriété de l'assuré;

3° Transmission de ce capital aux héritiers directs après le décès du participant.

Ce sont là des conditions que ne fait et que ne peut faire aucune maison de crédit. Notre confrère n'a, pour s'en convaincre, qu'à s'adresser à un financier quel qu'il soit. Ce n'est plus de la théorie, c'est de la pratique courante. La réponse sera catégorique.

En outre, il faut se demander quels seront les versements annuels, les cotisations nécessaires pour arriver, d'après ce système, à une pension viagère suffisante. Je prends le chiffre de 1,200 fr. qui est le minimum généralement admis. Cette somme de 1,200 fr. représente à 4 0/0 l'intérêt de 30,000 fr. Il faudra donc, dans le système de M. Trolard, que chaque adhérent arrivant au moment de la retraite statutaire, 60 ans par exemple, ait, par ses versements successifs capitalisés à 4 0/0, amassé une somme de 30,000.

Or dans nos propres calculs nous avons pris aussi ce taux de capitalisation et nous savons, par nos tables, qu'un versement annuel de 100 fr. capitalisé à 4 0/0 pendant 35 ans (de 25 à 60 ans, Tableau A) produit une somme 7,365 francs. Donc, pour produire 30,000 fr. il faudra une cotisation annuelle de plus de 400 fr.

Et si l'on prend des adhérents au-dessus de 25 ans on a toujours la même proportionnalité, ce qui, à la cinquantaine, donne une cotisation de plus de 2,500 fr. Il est vrai que ce capital n'est pas aliéné, mais combien, dans le corps médical, pourront participer utilement à une semblable institution.

D'ailleurs, le docteur Trolard — est-ce après avoir fait les calculs précédents ? — stipule dans son projet :

« Art. 3. Jusqu'à ce qu'il en soit décidé autrement, « les versements annuels des participants ne pour« ront dépasser 200 fr., ni être au-dessous de 50 fr. »

Si l'on calcule la retraite qu'obtiendra avec cette limitation un confrère âgé de 25 ans versant régulièrement sa cotisation pendant 35 ans, c'est-à-dire jusqu'à 60 ans, on arrive, pour une cotisation de 50 fr., à un capital de 3,682 fr. 50 et pour une cotisation de 200 fr. à un capital de 14,730 fr., soit à une retraite de 147 fr. 40 dans le premier cas et de 579 fr. 20 dans le second.

De semblables résultats répondent-ils bien aux desiderata que nous avons voulu remplir ? Non. Nous avons voulu assurer à nos adhérents une retraite honorable en leur demandant un sacrifice annuel aussi minime que possible ; on n'y arrivera jamais que par l'aliénation du capital.

Nous ne saurions, en effet, partager l'optimisme de notre confrère qui n'hésite pas à admettre comme des certitudes la facilité de placer les fonds de la caisse en valeurs de tout repos, productives d'un intérêt supérieur à 4 0/0 ; la participation de l'Association Générale par une subvention ; l'attribution des dons émanant de confrères fortunés ; enfin l'héritage des participants décédés sans héritiers directs (veuves, enfants ou ascendants).

Autant de propositions, autant d'illusions.

Les véritablement bonnes valeurs donnent à peine 4 0/0.

L'Association générale fait la sourde oreille et tourne à son profit toutes les générosités des heureux de la profession ; enfin je n'ai pas souvent entendu dire qu'un collatéral renonçât parfois à ses droits et, à son défaut, l'Etat n'y renonce jamais.

Continuons donc notre œuvre, Messieurs, laissons dire que nous n'avons fait qu'une affaire ; jusqu'ici tous les projets qui nous ont été opposés démontrent combien nous avons eu raison de nous placer sur un terrain solide. C'est avec des chiffres et non avec des sentiments qu'on fait de bonnes finances.

7 avril 1888.

Dr LANDE.

Commission de l'organisation de l'Assistance publique.

Cette commission, nommée dans la séance de l'Union des Syndicats, s'est réunie dans les bureaux du journal. Elle a siégé, sans interruption, de 9 heures à midi, et chacun des membres, très au courant de la question, a apporté ses lumières dans la discussion. Celle-ci devait se traduire par l'adoption des principes qu'il est souhaitable, de l'avis de la commission, de voir adopter dans tous les départements. Il est bien entendu que le mode d'application comportera, selon les régions, des modifications appropriées aux besoins locaux, aux modes d'assistance déjà pratiqués, et qui pourront d'ailleurs se plier en général aux règles adoptées.

En ce moment, l'Administration centrale consulte le corps médical, et d'une façon très pressante

dans quelques départements. La Commission désire que les Syndicats, les médecins isolés qui seront invités à exprimer leurs vœux, veuillent bien s'inspirer des règles qu'elle a adoptées. En procédant ainsi, les réponses du corps médical auront une certaine suite, et seront d'autantplus aptes à déterminer des décisions de l'Administration répondant aux besoins des populations et aux légitimes exigences des médecins.

A. C.

Etaient présents : MM. Cézilly, président ; Gauthier, secrétaire ; Chaumier, Bibard, Gassot, Leroy, Lardier, Maurat, Millet, Margueritte. Messieurs Dupuy et Mignen, absents, s'étaient fait excuser.

La commission décide qu'elle limitera son étude à l'examen des mesures capables d'assurer les soins médicaux aux indigents malades, et aux médecins une rémunération convenable.

Elle commence par proclamer les principes suivants :

L'assistance médicale des indigents est obligatoire pour toutes les communes ;

La liberté du malade comme celle du médecin devant être sauvegardées, tous les médecins qui accepteront le règlement à intervenir participeront au service d'assistance.

Confection des listes d'indigents. La commission adopte les résolutions suivantes :

1° Un état nominatif des indigents admis à recevoir les secours médicaux sera dressé en double expédition dans chaque commune, au mois d'octobre de chaque année, par une commission composée du maire, président, de deux conseillers municipaux désignés par le conseil, du percepteur de la circonscription et, s'il existe un bureau de bienfaisance dans la localité, de deux membres de la commission administrative de cet établissement.

Cet état est indépendant de celui que la commission administrative de chaque bureau de bienfaisance est tenue d'établir en conformité de la circulaire ministérielle du 19 juillet 1836.

2° Ne peuvent figurer sur l'état des indigents, les familles dont le chef paie plus de 6 francs de contributions directes, à moins qu'elles ne comprennent des infirmes hors d'état de subvenir à leurs besoins ou un grand nombre d'enfants en bas âge. L'état devra indiquer les noms, prénoms et âges des personnes qui le composent.

3° Cette liste sera vérifiée et arrêtée par le conseil municipal dans sa session de novembre. Elle sera ensuite communiquée par le sous-Préfet aux médecins de la circonscription pour recevoir leurs observations, arrêtée définitivement par le sous-Préfet et transmise, avant le 1er janvier, aux médecins de la circonscription, ainsi qu'au maire.

4° Au cours de l'année, il pourra être fait des adjonctions ou des radiations sur avis conforme de la commission et du médecin.

Organisation générale du service. La Commission décide :

1° Que le service d'assistance doit être départemental ;

2° Que le malade est libre de choisir son médecin parmi ceux qui visitent habituellement la commune ;

3° Que la rémunération accordée au médecin doit être proportionnelle aux services rendus.

La commission n'a pas cru devoir entrer dans les détails d'organisation. Elle a pensé que les conditions de l'exercice de la médecine n'étant pas les mêmes dans les diverses régions, il suffisait de poser des principes généraux d'organisation. Les syndicats médicaux auront toute qualité pour présenter à l'administration, dans chaque département, les détails d'organisation qui leur paraîtront répondre le mieux aux besoins locaux.

Budget du service. La commission a tenu à se prononcer sur les mesures qui rendront effectives l'obligation du service d'assistance. Elle a donc adopté les résolutions suivantes :

1° Le budget du service d'assistance est alimenté, dans chaque département, par des cotisations communales, par une subvention départementale et par une subvention de l'Etat.

2° Chaque commune sera tenue de voter, chaque année :

Une contribution fixe, calculée d'après le nombre de ses habitants ;

Une contribution proportionnelle au nombre de ses indigents et variable selon son importance et ses ressources.

3° La répartition des communes en catégories diverses, ainsi que le *quantum* des deux contributions pour chaque catégorie sont arrêtés, dans chaque département, par le conseil général.

4° Les cotisations communales dont il est parlé ci-dessus auront le caractère de dépenses obligatoires.

La Commission a cru devoir se borner à ces décisions ; elle a cependant émis le vœu qu'un service d'accouchements fût établi dans chaque département.

Elle a tenu aussi à rendre le service d'assistance indépendant des services des épidémies, de la vaccination, de l'inspection médicale des écoles, de la protection des enfants du premier âge. Ces divers services peuvent être confiés par l'administration à des médecins de l'assistance ; mais ils sont soumis à une réglementation spéciale et donnent droit à des rémunérations spéciales.

La Commission a pensé que l'Union des syndicats médicaux devait borner ses revendications à ces principes généraux et elle a laissé à chaque syndicat le soin d'en faire découler une organisation plus précise.

Deux organisations différentes, celle du Loiret et celle des Vosges, fonctionnent avec un égal succès. Les syndicats y puiseront les mesures qui paraîtront le mieux répondre à leurs convenances.

La Commission invite les syndicats médicaux à se mettre immédiatement à l'œuvre et à entrer en pourparlers avec les Préfets qui ont été sollicités par le ministre de l'Intérieur de donner leur avis sur le service d'assistance.

29e Assemblée de l'Association générale.

Séance du 8 avril. — Elle a consisté, comme d'habitude, dans la lecture des divers rapports officiels ; ils se ressemblent de plus en plus, chaque année ; seul, le rapport de M. Brun varie, en ce sens qu'il a constaté que l'Association distribue 65 pensions de retraite aux vieillards et aux infirmes et que l'avoir s'accroît ; il atteint, cette année, la somme de un million deux cent mille francs, non compris ce que possèdent les Sociétés centrale et locales.

Comme d'habitude, et malgré promesses et réclamations réitérées, le service n'a pas été fait à la presse ? Pourquoi cette négligence ? Est-ce mauvaise volonté, ou incurie ? Nous ne saurions le dire ; nous nous contentons de le constater.

Dans le rapport de M. Riant, nous relevons quelques allusions au secret professionnel, à l'exercice illégal, aux honoraires des médecins experts, à l'exploitation des médecins par leurs clients, que le *Concours* étudie toute l'année dans ses colonnes et qui sont journellement l'objet des mesures prises par les Syndicats. On a parlé aussi de la Révision de la loi sur l'exercice de la médecine qui, grâce aux *membres du Concours* et à M. Chevandier, paraissait, comme nous l'avons annoncé déjà il y a un mois, près d'être discutée, lorsqu'un nouveau changement de ministère est survenu. On a fait allusion également à un plan de Revision étudié à l'*Union des Syndicats*, et présenté par M. *Dupuy*, *président de l'Union* à la Société de l'*Aisne*, sur l'organisation de l'*Assistance publique* dans les campagnes. En somme, rien d'absolument neuf.

La séance du lundi a laissé, dans l'esprit de l'auditoire une sensation de vide. Ouverte à 3 heures, elle s'est passée à peu près entièrement en de laborieux scrutins. Puis est venue la lecture de deux rapports repoussant des vœux émis en 1887 et pourtant bien anodins. On a pris en considération deux ou trois autres propositions sans grande portée.

Par une suite de circonstances fâcheuses, des vœux plus sérieux et capables, par leur application, d'imprimer une certaine impulsion à l'Association, n'ont pas été mentionnés. (1.)

En somme, séance peu utile. Et dire que c'est la séance unique, pour toute une année, d'une Association qui compte plusieurs milliers de membres !

L'*Association*, nous le constatons, se résigne de plus en plus à colliger des cotisations, à encaisser des dons : elle borne son ambition à accroître les 65 pensions qu'elle distribue. Si c'est là son idéal, il n'est pas élevé et, tôt ou tard, cet esprit d'immobilité portera ses fruits. Il est vrai que l'Association n'est qu'une société de secours mutuels et qu'elle entend ne pas perdre ce caractère ! Elle y réussit à merveille.

A. C.

(1) Nous apprenons au dernier moment que la lacune que nous signalons tient à la maladie du regretté Secrétaire général.

LA SEMAINE MÉDICALE

CONGRÈS DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES A ORAN.

C'est le 23 mars qu'a eu lieu l'ouverture, sous la présidence de M. Laussedat. Tous les journaux politiques ont analysé le remarquable discours qu'il a prononcé sur l'influence civilisatrice des sciences appliquées aux arts et à l'industrie.

La section des sciences médicales avait constitué son bureau de la façon suivante : Présidents d'honneur MM. Verneuil et Mondot (d'Oran); président : Grasset (de Montpellier); vice-présidents, Gros et Fonteneau (d'Oran) ; Cross (de Nancy) ; secrétaires Tissier et Baudoin (de Paris) ; Lévy (d'Oran).

Le bureau de la section d'hygiène et de médecine publique avait pour Présidents d'honneur : MM. Forel (de Lausanne) et le sénateur Roussel (de Paris) ; président : M. Puy-le-Blanc (de Royat); Secrétaire: M. E. Bérillon (de Paris). Nous signalerons seulement les communications les plus importantes.

Traitement de la diphthérie par le perchlorure de fer et le lait.

M. Mohammed ben Nekkach traite ainsi les diphthériques : toutes les cinq minutes une cuillerée à bouche d'une solution contenant vingt-cinq à trente gouttes de perchlorure de fer dans un verre d'eau et une cuillerée de lait; vomitifs comme adjuvant, et attouchement trois fois par jour des fausses membranes avec le perchlorure de fer en solution forte. La statistique n'est pas considérable. M. Mohammed compte 20 guérisons sur 21 malades, celui qui a succombé n'ayant que six mois et tous ayant été traités avant la période d'asphyxie et d'intoxication. En outre, il parle de 6 malades ayant succombé parce que le traitement a été commencé trop tard ou inexactement suivi.

Que répondre à M. Mohammed ? Ce que nous avons dit bien des fois : le perchlorure de fer a été très souvent employé localement et à l'intérieur; tout récemment encore, M. Guelpa a publié un mémoire en sa faveur, au moins fait-il des irrigations aussi abondantes que fréquentes, ce qui est encore le meilleur moyen d'empêcher les fausses membranes de s'étendre et le malade de s'auto-infecter. Ajournons M. Mohammed à une statistique plus nombreuse. Telle a été la réflexion de M. Gibert, à propos de cette communication.

Mécanisme de la mort après la décapitation.

Il résulte des recherches expérimentales et des observations cliniques de M. Paul Loye que cette opération chez le chien est suivie de mouvements très étendus, de convulsions générales, dans la tête comme dans le tronc, tandis que chez l'homme la mort est tranquille, sans aucune convulsion ; la physionomie reste calme et le corps immobile. Ces différences tiennent à ce que le chien meurt par asphyxie, l'oxygénation du sang veineux resté dans la tête et le tronc ne pouvant plus s'accomplir et les tissus se trouvant privés d'oxygène par l'écoulement

rapide du sang artériel. Chez l'homme intervient un tout autre mécanisme : celui de l'arrêt subit du pouvoir réflexe et automoteur de la moelle et des centres nerveux, que M. Brown Séquard a fait connaître et dénommé l'inhibition.

Par suite de l'abolition des réflexes, l'action convulsivante du sang asphyxique ne peut plus s'exercer, et même le sang ne prend pas la composition du sang veineux, car dans l'inhibition il y a arrêt des échanges entre le sang et les tissus ; M. Loye a trouvé rutilant le sang veineux des suppliciés.

Notre ancestral confrère le Dr Guillotin était donc au-dessous de la vérité quand il déclarait, en énumérant les avantages de sa mécanique, que le patient devait à peine sentir une certaine fraîcheur sur le cou... ou sur le coup.

Antipyrine, acétanilide, solanine.

M. Sarda, chef de clinique du professeur Grasset, a fait une étude comparative des trois médicaments nervins. Les deux premiers sont des analgésiques, mais leurs indications ne sont pas identiques : la première convient surtout au rhumatisme articulaire aigu, à la migraine, aux névralgies de date récente et à toutes les douleurs à paroxysmes.

L'acétanilide réussit aussi bien contre les douleurs des ataxiques, le rhumatisme chronique, mais en outre triomphe des névralgies de date ancienne.

Ces deux médicaments ont peu d'influence sur les phénomènes d'excitation motrice (trépidation épileptoïde, réflexes exagérés, tremblements). L'antipyrine ne fait rien contre les spasmes réflexes (hoquet, éructations), rien contre la paralysie agitante, ni contre le tic douloureux de la face.

L'acétanilide serait mieux tolérée par l'estomac.

En revanche, la solanine, alcaloïde encore peu connu, paraît utile d'une part contre certaines douleurs ; médicament dépressif du bulbe et de la moelle, elle parésie les nerfs moteurs comme elle analgésie les nerfs sensitifs ; elle agit mieux que l'acétanilide et l'antipyrine contre les sciatiques anciennes et rebelles avec névrite. Mais elle a surtout donné des résultats remarquables dans les douleurs fulgurantes avec trépidation épileptoïde de certaines myélites, dans le tremblement de la sclérose en plaques. La dose moyenne est de 0,25 à 0,30 centigr. par jour et est parfaitement tolérée. M. Grasset résume l'action physiologique de la solanine en disant que c'est le médicament des faisceaux pyramidaux et qu'elle s'adresse tout spécialement aux symptômes médullaires produits par la lésion des cordons latéraux.

Alcoolisme et criminalité.

M. Marambat, greffier de Sainte-Pélagie, a fait connaître les statistiques portant sur 3,000 individus condamnés par les tribunaux. Quelques chiffres sont instructifs. On trouve 70 % d'ivrognes dans les cas de vols, abus de confiance, escroquerie ; 88 % dans les actes de violence contre les personnes et 77 % dans les actes de violence contre les propriétés, 53 % parmi les individus condamnés pour attentats aux mœurs, 53 % et 57 % parmi les assassins et les incendiaires. Il résulte aussi de ces recherches que l'ivrognerie augmente toujours, que ce sont les départements où on consomme le moins de vin, mais de grandes quantités d'alcools d'industrie qui fournissent le plus d'alcooliques, et enfin que Paris a bu en 12 ans en vins et alcools au moins cinq milliards, la rançon de la France !

La vaccination animale.

M. *Layet* a fait connaître les excellents résultats obtenus par le service municipal de la vaccine de Bordeaux avec le vaccin animal (60,000 vaccinations depuis 1882) ; aussi les décès par variole qui étaient au nombre de 585 et 548 pour les deux périodes triennales antérieures à 1882 n'ont été que de 140 et 110 pendant les deux dernières périodes triennales. Le vaccin de génisse au 5e jour de son évolution offre le maximum d'activité. L'immunité que procure la vaccination animale n'est inférieure ni en puissance, ni en durée à celle de la vaccination jennérienne. Le meilleur mode est la vaccination de génisse à bras, le vaccin conservé perdant assez rapidement son activité de transmission vis-à-vis de l'homme.

Prophylaxie de la syphilis dans l'Armée et la Marine.

Les articles concernant ce côté de la question que la Commission a proposés sont les suivants, et l'Académie les a votés. Parmi les orateurs qui ont pris part à la discussion, M. Legouest s'est montré très hostile à l'idée de faire des conférences aux soldats sur les dangers de la syphilis et de la prostitution clandestine. MM. Rochard et Le Roy de Méricourt pensent, au contraire, que, si elles sont faites judicieusement, en s'abstenant de détails scientifiques et « dans les conditions d'un père de famille qui donne des conseils à son fils », elles seront utiles.

« Art. XXIV. — Assurer la rigoureuse exécution « des règlements militaires, notamment en ce qui « concerne les visites de santé, la recherche des « foyers de contagion, l'abandon de toute mesure « disciplinaire à l'égard des soldats affectés de mala- « dies vénériennes.

« Art. XXV. — S'efforcer à combattre les pro- « grès incessants de la prostitution clandestine en « éclairant les soldats sur les dangers de cette pros- « titution spéciale ; et réclamer le concours des Au- « torités civiles pour l'assainissement de certains « foyers de contamination, soit dans les villes (dé- « bits de vins), soit aux alentours des camps.

« Art. XXVI. — Assurer aux soldats syphilitiques « dont le traitement a été commencé à l'hôpital, la « possibilité de continuer à leur corps et sous la di- « rection du médecin du régiment le traitement ul- « térieur nécessaire à leur guérison. »

Les articles suivants ont trait à la prophylaxie dans la marine.

« XXVII. — En ce qui concerne la marine, il serait « à désirer qu'à bord des bâtiments de guerre, une « visite médicale de l'équipage fût faite avant l'arri- « vée dans chaque port, afin d'interdire la commu- « nication avec la terre aux hommes qui seraient

« reconnus contaminés — « toutes les fois que la « durée de la traversée rendra cette mesure néces« saire,» (addition demandée par M. Rochard).

« XXVIII. — Il est absolument essentiel que, dans « toutes les villes du littoral, notamment dans les « grands ports de guerre ou de commerce, un ser« vice régulier et rigoureux soit institué pour la sur« veillance et la visite médicale des prostituées en « vue de prévenir les contaminations que contrac« tent si fréquemment les marins dans les ports de « relâche ou de débarquement. »

MÉDECINE PRATIQUE

Antisepsie des fosses nasales (1).

Plaies chirurgicales ou accidentelles. — Tamponnement antiseptique. — Coryzas aigus. — Ozène. — Accidents syphilitiques.

I

L'emploi des antiseptiques est indiqué, à priori, dans toutes les affections ulcéreuses des fosses nasales, spécifiques ou non.

Par affections ulcéreuses non spécifiques, il faut entendre non seulement les ulcérations provenant de coups d'ongles du sujet, et qui sont vraisemblablement les seules vraies ulcérations non spécifiques de cette région, mais aussi toutes les pertes de substance de la muqueuse nasale qui proviennent soit de traumatismes accidentels (piqûres, coupures, etc.), soit de traumatismes chirurgicaux. Il s'agit alors, si on peut employer cette expression, d'organiser une antisepsie *défensive*, ayant pour but d'empêcher les germes atmosphériques de venir irriter la plaie et de l'infecter localement, ou tout au moins de les balayer avant qu'ils aient eu le temps de nuire, s'ils ont pénétré accidentellement, malgré les précautions prises.

Il ne faut jamais non plus oublier que les pertes de substance de la muqueuse du nez sont une porte d'entrée fréquente de l'érysipèle, complication plus rare que les inflammations banales, mais dont l'éventualité mérite d'attirer toute l'attention du chirurgien.

Quand on songe que les germes atmosphériques pénètrent dans le nez à chaque inspiration, et que l'une des plus importantes fonctions des fosses nasales est précisément de *filtrer* l'air avant qu'il n'arrive dans les voies respiratoires plus profondes, on est enclin à conclure que les plaies des fosses nasales sont une cause fréquente d'infection. En réalité, il n'en est rien ; ces plaies, comme certaines plaies de la région buccale, semblent jouir d'une immunité particulière.

Cela est particulièrement vrai pour les plaies par arrachement : Lemeré (2), qui a écrit une thèse sur les *accidents consécutifs à l'arrachement des polypes des fosses nasales*, n'a pu réunir que trois observations d'accidents suppuratifs à la suite de cette opération. Les deux premières (Broca, Demarquay) ont trait à des abcès du sinus frontal, qui guérirent. La troisième est celle d'un vieillard qui eut deux fois un érysipèle de la face après des tentatives opératoires, et qui, à la troisième tentative, pris de graves accidents inflammatoires du nez et des sinus, mourut de méningite.

M. Després attribue la bénignité des plaies de la bouche à ce fait que ces plaies se trouvent tout naturellement traitées par un pansement humide. Nous nous garderons bien de proposer pour le cas qui nous occupe cette explication peu vraisemblable; mais on peut trouver assez aisément une autre explication satisfaisante, croyons-nous, de la bénignité des plaies consécutives à l'arrachement des polypes.

Les polypes muqueux s'insérent, en effet, presque toujours dans la partie supérieure des fosses nasales ; la plaie qui résulte de leur ablation par arrachement est par conséquent située très haut. Or le courant d'air respiratoire ne passe guère que dans la région inférieure des cavités nasales, pendant la respiration tranquille; c'est dans ces régions qu'il se brise sur les parties anfractueuses qui retiennent les germes ; pour faire pénétrer un peu largement l'air dans les parties supérieures du nez, et jusque dans la région olfactive, il est nécessaire de dilater activement les narines et de faire la série d'inspirations courtes et brusques qui constituent le reniflement.

Les *plaies des fosses nasales par instruments piquants, tranchants ou contondants* s'enflamment plus aisément que celles par arrachement; et il semble probable que ces inflammations sont le plus souvent dues à la malpropreté de l'arme ou de l'instrument qui a causé la blessure. Sinon, comme dans les plaies par arrachement, du reste, la narine est vite comblée par des caillots qui empêchent l'entrée de l'air et protègent les parties lésées. Cependant, il est toujours indiqué de faire un pansement antiseptique.

Il y a deux cas à considérer : ou l'on a affaire à une plaie qui saigne, ou il n'y a pas d'écoulement sanguin.

Dans le premier cas, il faut d'abord faire l'hémostase avant d'appliquer le pansement définitif; mais tout d'abord il est nécessaire de laver soigneusement la plaie. L'acide phénique est irritant, et difficile à supporter pour une muqueuse aussi sensible que celle du nez ; il est préférable d'employer soit l'acide borique, soit la résorcine. — On fera donc, à l'aide d'une seringue convenable, un lavage soigneux de la cavité avec une solution d'acide borique à 30 pour 1000. Souvent le contact du liquide froid arrête l'écoulement sanguin ; sinon, la fosse nasale ayant été soigneusement lavée, on badigeonnera avec soin toute la muqueuse abordable au pinceau à l'aide de la solution suivante :

Chlorhydrate de cocaïne		2 gr.
Eau	} ââ	5 gr.
Glycérine	}	

(1) Extrait d'un *Traité pratique d'antisepsie appliquée à l'hygiène et à la thérapeutique* par MM. Le Gendre, Barette et Lepage.

(2) Lemeré. *Thèse de Paris*, 1877.

La cocaïne est le meilleur hémostatique du nez (Ruault). Le plus souvent l'écoulement sanguin s'arrêtera presque immédiatement. Plus rarement il sera nécessaire de répéter le badigeonnage deux ou trois fois à quelques minutes d'intervalle.

II

Dans les cas où les lésions seront limitées à la muqueuse, peu profondes ou peu étendues, il est rare que le *tamponnement* soit nécessaire. S'il s'imposait, on le pratiquerait à l'aide de ouate iodoformée, préparée suivant la formule suivante :

Iodoforme	4 gr.
Ether	80 gr.
Alcool	20 gr.
Glycérine neutre	1 gr.
Ouate	q. s.

L'ouate ayant été imbibée, on la laisse sécher en l'exposant à l'air.

On peut employer aussi l'ouate boriquée :

Acide borique	4 gr.
Glycérine	4 gr.
Alcool	20 gr.
Eau	60 gr.
Ouate	q. s.

Imbiber et laisser sécher à l'air.

Mais, si *ce qui est la règle après l'emploi de la cocaïne*, l'écoulement sanguin s'arrête sans tamponnement, il suffira d'insuffler, à l'aide d'un instrument spécial ou simplement d'un tube de verre, de l'iodoforme *très finement* pulvérisé sur les parties lésées, et de boucher la narine correspondante à l'aide d'un tampon d'ouate stérilisée.

Ce pansement est indiqué non seulement dans le cas de plaies et d'ulcérations accidentelles, mais encore après toutes les opérations intra-nasales, résections de la muqueuse hypertrophiée, arrachement de polypes, cautérisations *profondes* au galvano-cautère.

De plus, dans le cas des opérations intra-nasales, il est toujours utile de faire, immédiatement avant l'opération, un lavage très complet des parties, soit avec la solution boriquée, soit avec une solution de résorcine à 3 pour 100, précaution bien naturelle, et qui n'est pas cependant recommandée dans les livres.

Le pansement doit être renouvelé de temps en temps, matin et soir, par exemple, jusqu'à la cicatrisation et la chute de la croûte ou de l'eschare, s'il y a eu perte de substance ou brûlure. Chaque insufflation d'iodoforme doit être précédée par un lavage et suivie du tamponnement, non de la fosse nasale, mais seulement de la narine. Grâce à ces précautions, on n'observera probablement jamais de rhinite post-opératoire.

Il est nécessaire au malade comme au médecin d'avoir beaucoup de patience et de se conformer scrupuleusement aux règles ci-dessus indiquées. Il va de soi que, dans les cas d'affections bilatérales, il faut attendre qu'un côté soit guéri complètement avant d'opérer l'autre ; car la sensation d'obstruction des deux côtés est très pénible au malade et le prive quelquefois du sommeil, s'il n'est pas habitué à respirer par la bouche. On n'est autorisé à agir autrement que dans les cas où la maladie qui légitime l'opération cause par elle-même l'obstruction complète du nez.

III

Dans le *coryza aigu simple*, que de bons observateurs considèrent comme une maladie spécifique, microbienne, contagieuse (au moins contagieuse pour une muqueuse atteinte d'hyperémie irritative), les antiseptiques ne trouvent guère leur emploi qu'à la période de sécrétion muco-purulente ; encore ne doit-on pas les employer sous forme de solution, les lavages des fosses nasales ne présentant aucun avantage ; mais les insufflations d'acide borique et de résorcine sous la forme suivante :

Acide borique pulvérisé	1
Résorcine	1
Sucre blanc	1

donnent de bons résultats à la période de sécrétion muco-purulente, dans les poussées aiguës qui surviennent dans le coryza chronique simple.

Chez les enfants nouveau-nés, le coryza purulent, comme l'ophthalmie purulente, paraît dû à la contagion directe (blennorrhagie de la mère). Quelquefois cependant ce coryza est moins grave, et, s'il est dû aussi à un contact des parties avec des sécrétions vaginales, il semble qu'il soit seulement catarrhal, puisqu'il est susceptible de guérir seul assez rapidement.

Néanmoins il est urgent, dans tous les cas, de le soigner immédiatement, à cause de la gravité de l'occlusion nasale chez les nouveaux-nés qui sont alors incapables de téter et de dormir.

La résorcine, en solution à 1 % ou plus, est peut-être le meilleur antiseptique à employer dans ce cas ; mais il ne faut pas pratiquer de lavages des fosses nasales chez les jeunes enfants sans prendre quelques précautions pour empêcher le liquide de pénétrer dans les voies aériennes. Il est donc indispensable de fermer les orifices postérieurs des fosses nasales, en introduisant un porte-tampon courbe en arrière du voile du palais. L'occlusion se fera à l'aide d'un tampon d'ouate, de volume approprié, qu'on introduira d'abord. Ensuite, on fera le lavage de chaque fosse nasale, successivement.

IV

La nature parasitaire de l'*ozène* est généralement admise, surtout depuis le mémoire de Lœwenberg. La lésion anatomique consiste, on le sait, en une rhinite atrophique. La muqueuse s'amincit, les cornets s'atrophient, surtout l'inférieur ; les fosses nasales s'élargissent. Mais il n'y a pas d'ulcération de la muqueuse, bien qu'elle se recouvre de croûtes solides, adhérentes. Dans le mucus nasal, qui 15 fois sur 16 est alcalin, Lœwenberg a toujours trouvé un gros coccus, presque toujours en diplocoques ou en chaînettes. Cet auteur pense que le coccus amené par l'air, comme une foule d'autres, est fixé par le mucus nasal ; mais chez certains sujets, soit par suite de la structure particulière des fosses nasales, soit par suite d'une perversion de la sécrétion du mucus, le coccus de l'ozène se multiplie à l'exclusion de tous les autres microbes. En tout

cas, c'est aux antiseptiques que Lœwenberg a dû tous ses succès. Voici en quoi consiste le traitement journalier.

1° Douche nasale au bichlorure de mercure à 1/10000.

2° Bain nasal qu'on pratique à la fin de la douche, en inclinant la tête en arrière jusqu'à ce que les narines forment le point le plus élevé des cavités naso-pharyngiennes, et en laissant couler doucement la solution de sublimé.

3° Insufflations de poudre impalpable d'acide borique, faites pendant que le malade soutient *la voyelle a* pour empêcher la poudre de tomber dans le pharynx (1).

Voici la méthode de traitement conseillée par M. le docteur Noquet (de Lille), dans la *Revue de laryngologie et d'otologie*, méthode peu différente, d'ailleurs, de celle de M. Moure (de Bordeaux). Il conseille au malade de pratiquer deux fois par jour une douche naso-pharyngienne avec toutes les précautions usitées. Un litre d'eau tiède, dans lequel on a dissous une cuillerée à bouche de chlorate de potasse (Michel), doit passer, chaque fois, dans les fosses nasales. Après cette douche, le malade fait, par chaque narine, une pulvérisation tiède avec la solution suivante :

Hydrate de chloral.........	50 centigrammes.
Acide borique............	6 grammes.
Glycérine pure............	10 grammes.
Eau dist. de laurier-cerise.	20 grammes.
Eau distillée...............	200 grammes.

L'embout du pulvérisateur est dirigé d'abord horizontalement pour atteindre l'arrière-cavité, puis un peu dans tous les sens, mais sans trop insister toutefois, quand on lance le jet vers le haut. On recommande au malade de continuer la pulvérisation jusqu'à ce qu'il éprouve le besoin de cracher et de tousser. Dans le milieu de la journée, et sans douche préalable, il pratique une autre pulvérisation, avec de l'eau contenant du vinaigre antiseptique (une cuillerée à café pour 200 gr. d'eau environ). Après huit jours on remplace le chlorate de potasse par l'acide phénique, en s'arrangeant de façon que chaque litre d'eau contienne environ 2 gr. d'acide. On alterne ainsi régulièrement entre les deux substances. De plus, on badigeonne deux ou trois fois par semaine, trois fois au début et dans les cas intenses, la muqueuse de l'arrière-cavité et celle des fosses nasales, avec une solution de chlorure de zinc à 20/100. On obtient une solution limpide en faisant ajouter à l'eau une petite quantité d'acide chlorhydrique. M. Noquet se sert, pour le pharynx nasal, d'un porte-ouate courbé en S allongé, et pour les fosses nasales du porte-ouate coudé ordinaire. Il est bon d'avoir recours à l'ouate hydrophile. On parvient à enlever, de cette façon, les mucosités situées à la hauteur du bord libre du voile du palais.

L'ensemble du traitement amène très rapidement un soulagement marqué. La fétidité disparaît, mais il ne faut pas se relâcher, on doit continuer même quand la guérison semble bien assurée et qu'il n'y a plus de sécrétion. On peut toutefois, après trois mois, apporter le plus souvent un certain adoucissement au traitement, en ne faisant qu'une douche et une pulvérisation par jour. Quant aux badigeonnages avec le chlorure de zinc, il faut les espacer de huit jours après le premier mois, et les cesser presque toujours à la fin du quatrième mois (1).

Voici d'autres traitements basés aussi sur l'antisepsie.

Masini, après avoir bien nettoyé le nez par des lavages, fait exécuter deux fois par jour une pulvérisation de résorcine (1/2 pour 100).

Massei préfère des irrigations faites plusieurs fois par jour avec 2 gr. de résorcine pour 600 gr. d'eau.

Malacrida a recommandé l'essence de térébenthine. On imbibe de cette essence une boulette d'ouate, on enveloppe cette boulette imbibée d'une couche d'ouate sèche, de façon à obtenir une boulette plus grosse, et à éviter l'irritation due au contact direct de l'essence avec la muqueuse. On introduit cette boulette dans la narine, et on l'y laisse 2 heures environ, matin et soir.

M. Rochet a préconisé l'emploi du talc iodé, qui amènerait toujours la suppression de la fétidité de l'haleine dans un laps de temps très bref, et quelques jours après, celle de la sécrétion purulente. M. Rochet n'a pas obtenu de cure avérée. Les bénéfices du traitement ne durent que si celui-ci est continué. Chaque jour le malade prise un certain nombre de fois dans la journée la poudre de talc, et chaque matin il enlève l'excès de la poudre par un lavage à l'eau savonneuse. Le talc iodé se compose de talc de Venise préalablement porté au rouge dans un creuset pour le stériliser et auquel on incorpore 1 gr. pour 100 d'iode métallique. Le mélange est opéré dans un mortier et par voie humide au moyen de l'alcool. Le talc iodé est légèrement caustique à 2 p. 100 (*Thèse d'agrégation* de Lemoine).

M. Ruault estime que divers antiseptiques usités dans le traitement de l'ozène sont passibles de critiques. Le chloral est irritant ; le sublimé est trop toxique et peut donner lieu à des accidents.

L'acide phénique ne peut être employé qu'à doses faibles, le permanganate de potasse tache le linge.

Or, le traitement de l'ozène est très long. Le mieux est donc, et telle est la pratique de Ruault :

1° Faire des lavages alcalins pour détacher les croûtes : bicarbonate de soude, biborate de soude, salicylate de soude, chlorate de soude.

2° Faire suivre ces lavages de pulvérisations de résorcine à 1/100 ou de sublimé à 1/1000, mais peu souvent et peu longtemps.

Puis introduire des tampons térébenthinés. Si l'affection ne cédait pas, il semble qu'on serait autorisé à s'ouvrir une voie pour pénétrer largement dans les sinus. En effet, puisque l'affection est microbienne, le micro-organisme doit pénétrer dans les sinus, et la ténacité de la maladie est vraisemblablement due à cette cause.

(1) *Union médicale*, 1884.

(1) *Journal de médecine et de chirurgie pratique*, 1887.

V

Les *accidents syphilitiques* des fosses nasales, surtout fréquents dans le cas de syphilis ancienne, nécessitent l'emploi des antiseptiques.

Dans les cas de lésions osseuses, il est indispensable de s'adresser à des désinfectants pour faire disparaître ou au moins pallier l'odeur repoussante répandue par les malades. Le permanganate de potasse (1 %), la résorcine (1 à 3 %), l'acide borique (3 à 4 %) trouvent ici leur emploi. Les lavages sont suivis d'insufflations d'iodoforme et de l'application de tampons imbibés de solutions de sublimé.

Les accidents primitifs et secondaires des fosses nasales, très rares (rares dans les régions antérieures des fosses nasales, un peu moins rares à la partie postérieure), nécessitent également l'emploi des lavages antiseptiques. Les syphiliographes sont d'accord sur la nécessité de traiter localement les plaques muqueuses pour en hâter la guérison en ne se contentant pas d'attendre l'action du traitement général.

P. Le Gendre.

TRAVAUX ORIGINAUX

Des altérations cutanées qui se produisent à l'époque de la puberté et de la ménopause.

On sait que les révolutions physiologiques qui se font chez la femme à l'époque de la puberté et à celle de la ménopause, ont une influence évidente et souvent constatée sur le développement de certaines affections et altérations de la peau. L'influence de la ménopause a été bien étudiée par Danlos et par Barié, mais on a un peu négligé celle de la puberté qui présente cependant un assez grand intérêt que nous essaierons de déterminer.

On voit souvent se produire chez les femmes, à ces deux époques, de l'hyperhidrose, des érythèmes, de l'eczéma, de l'acné, des érysipèles, plus rarement de l'urticaire, des furoncles ; on rencontre aussi du prurit, des hypertrophies pigmentaires. Nous passerons en revue toutes ces altérations de la peau.

1. *Hyperhidrose*. L'hyperhidrose est un accident de la ménopause assez fréquent ; il est plus rare à l'époque de la puberté.

Elle peut être locale ou générale.

L'hyperhidrose locale siège le plus ordinairement à la face : des bouffées de chaleur l'envahissent tout à coup, elle devient rouge, turgescente, et se couvre d'une sueur chaude et abondante.

Dans quelques cas, cependant, la sueur est froide, la peau visqueuse.

Tilt (1), sur 500 femmes, a vu 201 fois la transpiration chaude et 13 fois la transpiration froide.

Les hyperhidroses localisées peuvent aussi exister sur toutes les autres régions du corps, et notamment à la poitrine et aux cuisses.

Les hyperhidroses généralisées sont assez fréquentes ; Tilt en a relevé 84 cas. Dans quelques cas l'apparition de la chaleur est précédée d'un léger frisson et d'une sensation de défaillance.

Danlos (2) a cité l'observation d'une couturière qui, au milieu de son travail, était prise de sueurs profuses à la face, aux cuisses et à la ceinture, précédées de chaleur, avec lassitude, douleurs vagues dans les membres et bourdonnements d'oreille. Habituellement elle souffrait de céphalalgie, d'insomnie ou de sommeil avec cauchemars.

(1) Tilt. *Change of Life.*

(2) Thèse, de Paris 1874.

Nous avons vu, en 1879, une femme de 46 ans, qui n'avait plus ses règles que très irrégulièrement et incomplètement. Elle souffrait de céphalalgie et de crampes dans les jambes, et, toutes les nuits, entre deux et quatre heures du matin, elle se réveillait baignée de sueur.

Souvent, dit le Dr Francolle (1), de Liège, l'hyperhidrose se présente à la période des dérangements, avant la cessation définitive des règles ; c'est le cas dans l'observation que nous venons de citer.

Dans un autre cas que nous avons observé, l'hyperhidrose était localisée aux épaules et aux aisselles, et nous l'avons vue aussi une fois localisée aux mains.

Dans un autre cas d'hyperhidrose de la face, chez une dame de 51 ans, les transpirations commencèrent deux mois après la cessation des règles, et continuèrent pendant 18 mois, tantôt apparaissant 7 ou 8 fois par jour, tantôt une seule fois.

Chez beaucoup de malades, dit-on, la transpiration apparaît surtout au déclin de la nuit. Elle peut se produire un certain nombre de fois en 24 heures, et n'importe à quelle heure ; on a cité des cas où elle se produisait jusqu'à 48 fois.

Liégeois (2) a vu l'hyperhidrose durer deux années ; nous avons connu une malade qui, depuis onze ans, avait des sueurs froides localisées à la ceinture, à la région abdominale et aux cuisses, lesquelles se reproduisaient mensuellement, comme auparavant les règles.

Hillairet et Gaucher considèrent ces sueurs comme physiologiques ; mais, quand elles sont généralisées et fréquentes, elles peuvent déterminer des troubles graves de la santé.

On les observe quelquefois chez les femmes réglées, au moment de leurs règles ; Lévy (3) signale de ces faits et nous en avons vu un exemple chez une femme de 23 ans, qui, au début de chaque période menstruelle, avait une hyperhidrose localisée à la poitrine. Souvent ces sueurs sont abondantes et ont une odeur particulière. D'après Hardy, ces hyperhidroses se prolongent souvent 2 et 3 ans après la cessation des règles ; nous avons cité un cas qui durait depuis onze ans.

Les auteurs ne citent pas l'hyperhidrose au moment de la puberté ; nous avons cependant observé deux cas, qui paraissent bien appartenir à cette catégorie d'hyperhidrose, et qui auraient pu passer inaperçus si notre attention n'avait pas été fixée sur ces recherches.

L'un de ces cas concerne une jeune fille de 15 ans, de race arthritique, atteinte à plusieurs reprises d'eczéma dans son enfance. Elle eut ses règles en août 1885, une seule fois, et elles ne reparurent pas jusqu'au moment ou nous la vîmes en juin 1886 à Saint-Gervais. Pendant ce temps, elle eut tous les quatre à cinq jours des transpirations abondantes de la poitrine et des aisselles, avec odeur pénétrante, qui déterminèrent un eczéma papuleux. Elle fit une cure thermale à Saint-Gervais pendant laquelle les règles reparurent et se continuèrent tous les mois régulièrement ;

(1) *Annales de la Société de médecine d'Anvers*, 1881.

(2) *Revue médicale de l'Est*, tome XI.

(3) Lévy. *Traité d hygiène publique et privée.*

avec la réapparition des règles, l'hyperhidrose et l'eczéma disparurent.

Le second cas concerne une jeune fille de 13 ans, chez laquelle la menstruation fut très pénible. Au nombre des manifestations qui se produisirent, elle signalait des bouffées de chaleurs, suivies de sueurs à la face et à la poitrine, transpiration très abondante qui apparaissait surtout après les repas.

II. *Erythèmes.* Lorsque les sueurs abondantes se produisent dans certaines régions, comme la poitrine, les aisselles, la ceinture, les cuisses, elles y produisent fréquemment de l'érythème simple qui disparaît avec quelques soins.

Avec les bouffées de chaleur en une région quelconque, mais particulièrement à la face, au cou, sur le tronc, on voit, dans certains cas, apparaître des plaques d'érythème, qui se forment et disparaissent rapidement, d'où le nom *d'érythème fugace.*

Cet érythème est quelquefois provoqué par les émotions morales, et on l'a attribué à un trouble momentané de l'innervation vaso-motrice comme l'érythema pudicum. Mais il se produit aussi spontanément, sans intervention de cause émotive apparaissant avec les bouffées de chaleur ; ce sont des taches d'érythème plus intense, qui peuvent devenir le point de départ de la couperose.

Le même fait s'observe chez les jeunes filles chlorotiques et hystériques, surtout au moment de la puberté. Une des jeunes filles dont nous avons cité plus haut l'observation, atteinte d'hyperhidrose de la face et de la poitrine, présentait ces plaques érythémateuses, de la dimension d'une pièce de deux francs.

Mais cet érythème se produit aussi dans les cas où il n'y a pas hyperhidrose, mais simplement brusque congestion faciale.

III. *Eczéma.*— Outre l'eczéma de l'hyperidrose, on voit souvent se développer, au moment de la ménopause, des eczémas des diverses régions du corps, lesquels apparaissent pour la première fois, ou bien sont une récidive d'une même affection ayant déjà existé plusieurs années auparavant.

C'est surtout chez les arthritiques que ce fait est fréquent ; nous avons vu de ces malades chez lesquelles l'eczéma s'était présenté, une première fois au moment de l'installation des règles, et la seconde fois à la ménopause. L'influence de ces deux révolutions physiologiques est incontestable.

L'eczéma peut apparaître souvent aux oreilles, au cuir chevelu, à la face, aux pieds, mais l'eczéma génital est presque spécial à l'âge critique.

Il débute par les grandes lèvres et se propage aux parties voisines ; nous avons vu, dans un cas, l'eczéma occuper la partie interne des cuisses, le périnée et la moitié de la région abdominale. Cet eczéma présente une couleur rouge-vif (eczéma rubrum). Dans certains cas, mais rares, il affecte aussi la partie antérieure du vagin.

Cet eczéma est très incommode à cause des démangeaisons très vives qui l'accompagnent, avec exacerbations le soir ; certaines malades ont des crises véritablement terribles. Ce n'est pas du prurit vrai, mais des démangeaisons non moins douloureuses. Ajoutons que l'eczéma succède souvent au prurit dont nous parlerons plus loin.

M. Chambard fait observer que l'on signale rarement l'eczéma pubère ; il rappelle deux cas signalés par Danlos, observations I et III de sa thèse.

Il arrive assez souvent, en effet, de voir les premières règles faire apparaître un eczéma ; mais on les voit quelquefois aussi, comme cela arrive pour la ménopause, faire disparaître un eczéma existant antérieurement. Nous en avons observé plusieurs exemples dans notre clientèle d'eczémateux à St-Gervais ; nous citerons les trois cas suivants :

Mlle A. N., âgée de 15 ans, eczéma disséminé, sec, pityriasiforme, durant depuis 3 ans ; l'affection disparaît avec l'apparition des règles.

Mlle B., poussées printanières d'eczéma du cuir chevelu depuis six ans. A 15 ans 1/2, disparition avec les premières règles.

Mme L., 47 ans, arthritique rhumatisante, eczéma chronique interdigital aux pieds depuis l'âge de 32 ans après une grossesse ; l'affection guérit après la cessation des règles.

IV. *Acné. Couperose.* — Tous les dermatologistes, Bazin, Besnier, Kaposi, etc., signalent la fréquence de l'acné vulgaire et de l'acné rosée à l'époque de la puberté.

D'après Kaposi, en même temps que le système pileux se développe plus activement, la fonction des glandes sébacées augmente également, et l'acné peut se produire dans ces circonstances, plus souvent, dit-il, chez les brunes que chez les blondes.

D'après Bazin, il revêt souvent la forme miliaire, caractérisée par des petits grains blanchâtres, perlés, siégeant surtout au front, aux joues, sur le nez, les épaules et le dos. Le professeur Hardy signale aussi la forme indurée, dont nous avons vu, en 1887, un remarquable cas chez une jeune fille de 18 ans. Réglée depuis deux ans, mais très irrégulièrement, elle vit l'acné apparaître dès les premiers mois et prendre rapidement une grande importance. Toute la face était érythémateuse, criblée de boutons acnéiques, confluents surtout au nez, à la lèvre supérieure et au menton.

L'acné rosée, couperose, survient aussi au moment de la puberté (Kaposi, Bazin, Hardy) ; elle est surtout fréquente, d'après Kaposi, chez les jeunes filles chlorotiques.

M. Hardy écrit que l'acné disparaît quelquefois chez les jeunes filles après le mariage ; il attribue à la continence une certaine influence sur le développement des acnés inflammatoires, et cite, à l'appui, la fréquence de ces acnés chez les séminaristes de 15 à 25 ans.

Lorsque l'acné existe avant la ménopause, même très légère, celle-ci l'aggrave presque constamment, nous avons vu des cas d'acné indurée devenir, au moment de la ménopause, des acnés hypertrophiques.

M. Hardy affirme que ses observations personnelles ne lui permettent pas de confirmer cette opinion de la plupart des auteurs, que la ménopause est une époque de la vie où la couperose se développe particulièrement ; il a vu presque constamment l'acné rosacée débuter avant la cessation des règles et la ménopause lui a paru plutôt aggraver la maladie que la produire C'est en effet ce que nous avons observé dans la grande majorité des cas ; la couperose apparaît souvent chez les femmes arthritiques à la suite de la dyspepsie, d'affections hépatiques ou utérines, et dans l'âge moyen de la vie ; mais il y a des cas où son apparition première est bien intimement liée à la ménopause, où elle débute avec la congestion faciale, avec les bouffées de chaleur, avec les plaques d'érythème.

Kaposi distingue trois degrés dans l'acné rosée, le premier consiste en une simple rougeur diffuse:

uniforme, de l'extrémité du nez et de son voisinage immédiat, pouvant s'étendre sur les joues, le menton, et, au bout d'un certain temps, se compliquer, d'un réseau vasculaire de nouvelle formation.

Dans le second degré, il se forme des plaques érythémateuses, des nodules du volume d'une lentille à celui d'un pois, d'un rouge vif, durs, élastiques, non douloureux, isolés où réunis, confluents, et présentant à leur surface des vaisseaux sanguins entrecroisés et sinueux.

Le troisième degré se caractérise par des végétations arrondies ou irrégulières, avec hypertrophie des tissus.

Selon lui, le premier et le second degré se produisent à la puberté aussi bien qu'à l'âge critique, et sont rares chez les femmes d'âge moyen.

Nous ne pouvons admettre cette opinion trop exclusive ; Bazin a dit, avec raison, que huit fois sur dix, l'acné et la couperose se développent à la suite de la dyspepsie ; sans être aussi affirmatif, nous croyons qu'il y a, chez les arthritiques, de la puberté à la ménopause, bien d'autres causes qui peuvent favoriser l'apparition de ces deux affections.

V. *Pemphigus*. Le Dr Jackson Commins, dans le *British medical Journal*, 1884, a rapporté le cas d'une femme, *très hystérique*, qui, souffrant des approches de la ménopause, avait eu, à diverses reprises, des éruptions de pemphigus se manifestant sur diverses parties du corps et donnant lieu à de vives douleurs et à un écoulement abondant fourni par les bulles. En même temps que ces troubles nerveux se manifestaient du côté de la peau, on constatait un écroulement profus d'un liquide aqueux qui se faisait par le vagin et qui n'était pas de l'urine. Il est fort probable, dit le Dr Commins, qu'il se sera fait une éruption de pemphigus sur la muqueuse du vagin, et peut-être aussi sur celle de l'utérus.

Ce cas nous paraît être plutôt un pemphigus hystérique qu'un pemphigus attribuable à la ménopause; sans nier que la ménopause difficile, pénible, accompagnée de troubles divers pouvant amener un affaiblissement très grand de l'organisme, que cette ménopause, disons-nous, puisse favoriser l'apparition du pemphigus, il est étonnant qu'on n'en ait pas cité d'exemples, tandis que l'on a observé des cas de pemphigus hystérique.

Le professeur Hardy a donné le nom de pemphigus des jeunes filles (pemphigus virginum), à une éruption bulleuse, qui se produit par poussées successives durant plusieurs mois, et qu'il a rencontrée uniquement chez des jeunes filles de 14 à 20 ans, chez lesquelles la menstruation avait été interrompue. Il n'en a vu que quatre cas, deux qu'il n'a pu suivre et deux qui ont guéri avec le retour des règles.

VI. *Prurit*. Il y a toujours, au moment des règles, un léger prurit de la vulve, avec sentiment de chaleur et de tension. Ce prurit normal peut s'exagérer au moment des premières règles, mais ce fait ne se présente guère que chez les jeunes filles excessivement nerveuses, et ayant une menstruation pénible, avec forte congestion, turgescence des parties génitales.

Nous en avons observé un cas chez une campagnarde, qui avait ce prurit assez intense et presque constant pendant les quatre à cinq jours qui précédaient ses règles. Les grandes et petites lèvres étaient très congestionnées ; sur la surface de ces dernières, on voyait des taches rouge-sombre. La turgescence, les taches et le prurit disparaissaient dès que l'écoulement sanguin s'était produit.

Nous l'avons vu encore chez une couturière de la campagne ; mais comme ce prurit ne se produisait que pendant l'hiver et que cette jeune fille passait ses journées, assise et les pieds sur un de ces récipients en terre, remplis de charbon, en usage dans certaines contrées, nous ne croyons pas pouvoir attribuer ce prurit à la menstruation, d'ailleurs très régulière, mais à ce mode de chauffe-pieds.

Mais le prurit vulvaire et vulvo-vaginal se présente très communément à la ménopause. Son degré est très variable; quelquefois il est si intense, que nous avons vu une malade se frotter avec un gant de crin, et une autre se rouler par terre en poussant des cris déchirants.

Ce prurit procède par crises, qui se produisent le plus souvent quand la malade se met au lit ; il y a là l'influence d'un changement de température dont l'effet se retrouve encore chez certaines autres malades, quand elles passent du froid au chaud.

Ces crises durent plus ou moins longtemps; quelquefois elles sont courtes, 15 à 20 minutes ; mais d'autres fois elles durent une heure et plus. En outre, il peut se produire plusieurs crises pendant la nuit. Dans le prurit vulvo-vaginal, les douleurs sont très violentes, énervantes au dire des malades.

Souvent ce prurit de la ménopause existe avec un écoulement vaginal, mais alors il est moins terrible et plus susceptible de soulagement. Souvent aussi le grattage détermine des lésions eczémateuses ; nous avons plusieurs fois observé que, dans ces cas, le prurit alors change de caractère et devient une démangeaison plus supportable. Mais, l'eczéma guéri, le prurit revient presque toujours sous sa première forme.

Avec le prurit génital, il y a, dans certains cas, du prurit anal : nous l'avons observé dernièrement chez une dame goutteuse, non hémorrhoïdaire.

Chez quelques femmes, l'affection n'a pas une bien longue durée, seulement quelques semaines ; mais chez d'autres, elle se prolonge pendant 6 mois, 1 an, 2 ans et plus.

Dans ces derniers cas, il peut survenir des troubles de la santé, des troubles nerveux, pertes de l'appétit, amaigrissement, etc.

Avant de quitter le prurit génital, nous devons dire qu'il faut, avant toute interprétation autre, soupçonner le diabète. Nous en dirons autant pour l'eczéma génital ; ce n'est qu'après l'examen des urines que l'on pourra conclure à un prurit et un eczéma de la ménopause.

Le prurit peut aussi se montrer dans d'autres régions ; il peut être généralisé (Kaposi) et M. Francotte, de Liège, signale le prurit du nez.

Nous avons vu, il y a trois ans, une malade atteinte d'un prurit de la face, si intense que, pour se soulager, elle se frottait avec une brosse dure. Ce prurit avait débuté deux mois après la cessation brusque des règles. Nous avons encore vu, dans les mêmes conditions, un cas de prurit des paupières.

VII.— *Urticaire.— Furoncles.— Onyxis.*— L'urticaire, dont on connaît les rapports avec l'appareil sexuel, ne se montre que rarement à la puberté et à l'âge critique. Tous les auteurs, H. Leroux, Hardy, Gaucher et Hillairet, Kaposi, etc., citent l'influence incontestable des affections de l'utérus, mais ne disent rien de ces deux phases d'évolution physiologique.

Francotte dit que des éruptions furonculeuses ont été notées par divers auteurs au moment de la ménopause ; mais, ce que nous savons de la pathogénie du furoncle ne nous permet pas de faire intervenir directement la ménopause dans son étiologie.

Quant aux cas d'onyxis, cités par Tilt, dans lesquels, tantôt les malades n'éprouvaient que des douleurs vives dans les ongles des doigts, tantôt il y avait chute complète de l'ongle, il faudrait savoir s'il ne s'agissait pas de manifestations goutteuses.

VIII. *Hypertrophies pigmentaires.* — Le prurit et le grattage qui en est la conséquence, produisent souvent, aux époques de la puberté et de la ménopause, mais surtout de la ménopause, des hypertrophies pigmentaires. Cette pigmentation est surtout fréquente aux parties génitales, à la suite du prurit idiopathique, sans lésions cutanées ; elle est la conséquence de l'hyperhémie considérable et souvent répétée des vaisseaux capillaires.

Après l'eczéma génital il reste aussi souvent une pigmentation passagère.

Rayer, Leroy de Méricourt, Grisolle, Brière de Boismont, ont signalé des faits singuliers de coloration noirâtre ou bleuâtre, apparue dans des cas de ménopause brusque. Barié cite une observation de Lyons, de Dublin (*Gazette des hôpitaux*, 1858), concernant une femme de 57 ans, dont les règles avaient cessé depuis deux ans. Elle présentait une dyschromie de toute la peau, mais surtout marquée aux mains, aux doigts et aux cuisses. Elle salissait son linge, et était obligée de se laver plus de vingt fois par jour. Le Dr Lyons attribue ces phénomènes à une excrétion de pigment, effort de la nature pour continuer l'élimination constitutionnelle.

Ce fait de chromhydrose est à rapprocher de ceux de Billard, Bousquet, Neligan, Erasmus Wilson, Hardy, Leroy de Méricourt; on admet généralement que cette affection apparaît à l'approche des règles, sous l'influence de troubles de menstruation au moment de la ménopause, et aussi pendant la grossesse. Chez une femme, présentée à la Société médicale des hôpitaux en 1859, la teinte noire apparut après trois mois de disparition des règles, à la suite d'une émotion violente.

IX. *Erysipèle.* Plusieurs auteurs, Gendrin, Gardanne, Tilt, Rocque, Chomel, Blache, etc., ont cité des cas d'érysipèle au moment de la ménopause.

Tissot rapporte un cas ou il se produisit 15 fois un érysipèle dans les deux premieres années qui suivirent la cessation des règles ; les attaques furent moins fréquentes la 3e et la 4e année, et il n'y en eut qu'une seule pendant la cinquième année.

Béhier a observé une femme de 54 ans, chez laquelle, au moment où s'établit la ménopause, l'écoulement cataménial fut, à des époques exactement correspondantes, remplacé par des érysipèles de la face. Les phénomènes généraux ne furent pas sans gravité, et presque toujours caractérisés par du coma.

Wagner a publié le cas d'une femme arrivée à l'âge critique, qui, depuis que ses menstrues présentaient des irrégularités dans leur retour, était atteinte à plusieurs reprises d'un léger érysipèle de la face avant la réapparition des époques. La ménopause terminée, il y eut, dans l'espace de 18 mois, encore trois ou quatre récidives.

On a cité aussi des faits nombreux au moment de la puberté, de la période génitale.

Ces faits s'expliquent parce que de nombreuses portes d'entrée sont ouvertes aux microbes après la rupture des vaisseaux ; les éraillures de la muqueuse, les fissures de l'eczéma, les excoriations du grattage, sont suffisantes pour expliquer l'apparition périodique de la maladie.

Tel est le tableau des altérations cutanées qui peuvent se montrer aux époques de la puberté et de la ménopause. Les furoncles et l'érysipèle sont des maladies accidentelles; mais l'hyperhydrose, les érythèmes, l'eczéma, l'urticaire, le prurit se présentent surtout chez des femmes ayant une prédisposition constitutionnelle, qui favorise chez elles l'apparition des troubles cutanés.

Presque tous les accidents cutanés que nous avons pu observer au moment de la ménopause, existaient chez des femmes à disposition rhumatismale ou goutteuse. On retrouve aussi cet état constitutionnel dans la plupart des observations citées par différents auteurs.

La même cause prédispose aux mêmes troubles cutanés au moment de la puberté ; mais, à cet âge, deux autres états morbides interviennent encore pour une large part, la chlorose et l'hystérie.

Dr L. Deligny.

VARIÉTÉS

Pensées et maximes d'un vieux praticien.

Jeunes gens dont la bourse est légère, les nerfs sensibles, la volonté indécise et qui rêvez d'une existence tranquille et d'un avenir assuré, soyez négociants, industriels, agriculteurs, fonctionnaires, marins, soldats, épiciers, tout ce que vous voudrez; mais non pas médecins.

—

Si vous vous sentez l'aptitude d'être tout à la fois: médecin, chirurgien, accoucheur, dentiste, rebouteur, pharmacien, herboriste, quelque peu vétérinaire et au besoin maquignon, allez vous établir à la campagne.

—

Le médecin de campagne, à ne compter que ses fatigues et ses déboires, est un paria social ; si on le juge par ses services, c'est un héros.

—

Un médecin sentimental est une antinomie professionnelle.

—

Nos malades nous demandent des remèdes plutôt que des conseils.

—

Le grand art du praticien à clientèle est de paraître ému tout en restant très froid.

—

Parler peu, agir tôt: deux secrets du succès.

—

Le public ne revient jamais d'un premier jugement qu'il a porté sur nous.

(*A suivre.*)

Le Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André, 3.

Dixieme année | N° 16 | 21 Avril 1888

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE :

Société de protection des familles des médecins victimes du devoir.

Après plusieurs séances préparatoires, les *Statuts* sont rédigés et ils devront être soumis à l'acceptation d'une Assemblée générale, provoquée par la comité de patronage, qui présentera également à cette assemblée un conseil d'administration.

Cette assemblée générale n'aura lieu que le jour où le nombre des souscripteurs sera jugé suffisant.

Le *Comité de patronage* a pour président M. *Théophile Roussel*, sénateur; pour vice-présidents, MM. *Franck Chauveau*, senateur, et *Henri Monod*, directeur de l'Assistance publique de France; pour secrétaire, M. Cézilly.

Il s'agit, en ce moment, de préparer une brochure destinée à faire connaître l'œuvre au public et à recueillir des adhésions, des souscriptions.

Elle contiendra les statuts, les noms et qualités des membres du comité de patronage, et des exemples multiples des faits qui confèrent à un médecin la qualité de *victime du devoir*. On fait les recherches nécessaires et nous venons prier, aujourd'hui, nos lecteurs, de vouloir bien nous envoyer le récit des faits venus à leur connaissance, ou de nous signaler les sources où nous pourrions trouver les anecdoctes qu'il est important de publier sous la forme la plus intéressante.

L'ordre des médecins.

A la dernière Assemblée de l'*Union des Syndicats*, sur la proposition du Dr *Lasalle*, de Lormont (Gironde), on avait nommé une commission destinée à étudier de nouveau la possibilité de la création de *l'Ordre des médecins en France*.

On avait surtout fait ressortir l'utilité qu'il y aurait à ce que le corps médical pût moraliser certains de ses membres, réprimer les excès du charlatanisme diplômé.

Cette commission a renvoyé à une époque ultérieure la question qui lui était soumise, à cause de l'absence forcée de l'auteur de la proposition, d'autant plus que M. *Surmay*, auteur d'un projet ancien et invité à la réunion, a écrit qu'il estimait que le moment n'était pas opportun, que les esprits n'étaient pas suffisamment préparés dans le corps médical et qu'en outre, les Chambres, nécessairement appelées à intervenir, n'étaient pas animées de sentiments favorables à l'institution d'un ordre nouveau, à la collocation aux médecins d'une constitution qui leur permettrait d'interdire à certains d'entre eux l'exercice de leur professlon, même s'ils la déshonoraient.

Il appartiendra à l'*Union des Syndicats* de décider si elle veut poursuivre plus tard la tentative et répondre au désir do M. le Dr Lasalle.

Les vœux exprimés par les Sociétés locales à l'Assemblée générale de l'Association.

Des vœux, qui bien souvent traduisent un sentiment général, sont rarement pris en considération par l'Assemblée. Ceci tient à ce que les relations entre le *Conseil général* et les *Sociétés locales* manquent d'activité.

Nous souhaiterions que, dès qu'un vœu est adressé au *Président* ou au *Secrétaire général*, le texte et les considérants qui l'appuient fussent immédiatement transmis à toutes les Sociétés locales. Elles auraient à les mettre à l'ordre du jour de leur prochaine séance, qui, de cette façon serait pourvue de sujets à discuter et deviendrait dès ce moment intéressante.

Le délégué aurait une opinion motivée à exprimer au moment de la prise en considération qui précède la nomination d'un *rapporteur*. Celui-ci, l'année suivante, exprimerait l'opinion de la majorité du Conseil général. Quoique cette procédure soit très lente, il n'en est pas moins vrai qu'un vœu avantageux aurait chance de recevoir satisfaction.

On pourrait nous objecter que les vœux doivent être généralement pris en considération par l'Assemblée, puisque cette prise en considération n'engage à rien, si ce n'est à l'examen par le Conseil général et qu'ils sont discutés ultérieurement.

Mais l'expérience de 29 années a prouvé surabondamment que la 2e séance de l'Assemblée générale est forcément écourtée, pour peu que la discussion des vœux rapportés prenne de l'extension, compliquée qu'elle est de scrutins multiples.

Dès lors, comment serait-il possible que les aspirations traduites par les vœux exprimés trouvassent leur interprétation fidèle dans les quelques mots que le délégué, qui présente le vœu, est forcé de borner au strict nécessaire, à la fin d'une séance fastidieuse.

Et pourtant c'est cette courte fin de séance qui est consacrée à résumer les désirs, le travail intellectuel des milliers de membres de l'Association.

Aussi les vœux ne sont que par exception pris en considération et généralement rejetés après rapport.

Nous publierons, à ce sujet, une statistique qui prouvera que ce rejet est la règle, et que l'acceptation n'a trait qu'à des vœux sans portée.

Lorsqu'une proposition considérable, sortant de la routine habituelle, vient à se produire, une assemblée, non préparée voit d'abord les difficultés, ne se rend pas compte des avantages. Elle rejette et son peuple murmure ; le silence se fait ; on dit qu'il est l'indice de la parfaite satisfaction et on oublie que le silence est parfois une leçon. A. C.

Organisation de l'Assistance publique.

Il serait à souhaiter que les Sociétés médicales des divers départements voulussent bien suivre l'exemple donné par le département de l'Oise.

Il a été décidé par les présidents de l'Association du département et des Syndicats de Senlis et de Compiègne, qu'une réunion plénière de tous les médecins du département, membres ou non adhérents de ces Sociétés, seraient convoqués, sans exception, le dimanche 29 avril à Creil, à 2 heures de l'après-midi, en vue de délibérer sur la meilleure organisation à proposer à l'Administration.

Celle-ci, par l'organe du préfet et des sous-préfets a réclamé, dans le plus bref délai possible, l'expression des vœux des médecins de l'Oise et de l'organisation à laquelle ils seraient disposés à se prêter.

Il importait que tous les médecins du département fussent appelés à discuter le projet d'organisation qui leur sera soumis. Accepté par la majorité, il aurait pour caractères essentiels de sauvegarder à la fois les intérêts de la société et ceux des médecins.

Nous ne saurions trop les engager à se rendre à la réunion plénière de Creil. Un projet, accepté par eux est à peu près assuré de l'agrément de l'administration.

S'ils s'abstenaient, si leur nombre n'était pas suffisant pour que le projet s'imposât, ils n'auraient à s'en prendre qu'à eux-mêmes si l'organisation qui sera adoptée, ne répondait pas à leurs désirs.

Que tous les départements procèdent comme nous le conseillons, qu'on adopte les lignes essentielles des diverses organisations que le *Concours* a déjà publiées comme fonctionnant à la satisfaction de quelques régions ; qu'on y introduise les modifications partielles nécessitées par les habitudes locales ; à ces conditions, le gouvernement, suffisamment éclairé pourra enfin doter le pays d'une assistance publique indispensable. (1.) A. C.

Caisse des pensions de retraite.

Rapport de M. le Dr VERDALLE, Trésorier.

Messieurs et très honorés Collègues,

Le rapport d'un Trésorier, dans une Association comme la nôtre, où les recettes sont continues et les dépenses presque nulles, doit forcément se ressembler tous les ans. Voilà cinq ans que nous thésaurisons, encaissant toujours sans rien dépenser; pendant cinq ans nous continuerons de ce train, ne rien dépensant, encaissant toujours. Mon rapport pourrait donc se borner à dire en gros le chiffre de nos recettes avec la justification de nos placements, et tous les ans ce chiffre seul varierait.

Mais vous jugerez avec moi que pour l'édification de tous, amis et ennemis, convaincus ou incrédules, hésitants surtout ou sceptiques, certains détails sont nécessaires, quelque fastidieux qu'ils soient dans leur monotonie. Pardonnez-moi donc si je me répète, si je me livre chaque année à peu près aux mêmes considérations.

Au 15 avril de l'année dernière (1887), les encaissements de la Caisse de Retraites du Corps médical français s'élevaient à la somme de 128,955 fr. 46 c. Aujourd'hui, 6 avril 1888, ils s'élèvent à la somme de 168,589 fr. 38 c., soit une différence de 39,633 fr. 92 c.

Ces encaissements se décomposent ainsi

Cotisations ....F.	33,754
Intérêts des valeurs..................................	4,747
Remboursement d'une obligation du chemin de fer du Midi sortie au tirage...............	493
Dons..	600
Frais généraux......................................	38
Dans le courant de l'année dernière, nous n'avions encaissé qu'une somme de........	37,324
Soit une différence en faveur de l'exercice courant de....................................	2,309
Nos dépenses se sont élevées à.............	34,319

Savoir :

Nous avons acheté :

Août 1887, 75 f. de rente amortissable	2,115 75
Décembre 1887, 225 f. rente amortissable	6,395 80

(1) C'est par omission que M. Lécuyer (de Beaurieux) n'a pas été signalé comme ayant pris une part active à la discussion de la commission de l'Union des Syndicats du 9 avril.

Mars 1888, 930 f. rente amortissable 25,807 50

Total.................. 34,319 05

Les frais se sont élevés à 1,232 fr. 35 c.

Savoir :

Indemnités de déplacement........	492 »
Frais de bureau.....................	110 15
Impression et distribution du *Bulletin*............................	576 »
Frais de l'Assemblée générale de 1887	26 25
Frais de l'Assemblée générale de 1888.	27 25
Total..........	1,232 35
	35,551 40

Le solde en caisse au 15 avril 1887 s'élevait à la somme de..................................	979 93
Les encaissements de l'exercice courant sont de..	39,633 92
Total.......	40,613 85
Nos dépenses se sont élevées à...........	35,551 40
Le solde en caisse est donc, aujourd'hui 6 avril, de...............................F.	5,052 45

Valeurs en Portefeuille. — Nous avons aujourd'hui en portefeuille les valeurs suivantes :

VALEURS	VALEUR DE CHAQUE TITRE	PRIX D'ACHAT	COURS ACTUEL(1)	REVENU
29 oblig. du Midi.	F. 400 remb à 500	10,910 f »	11,600 f »	421 f 90
3,000 francs rente 3 0/0 amortiss.	F. 85,85 — à 100	83,985 90	84,850 »	3,000 »
50 obl. fonc. 1883.	F. 385 — à 500	18,268 75	19,250 »	728 »
50 obl. com. 1882.	F. 490 — à 500	24,705 25	24,500 »	970 »
50 obl. Orléans.	F. 401 — à 500	19,568 »	20,050 »	727 50
		157,437 f 90	160,250 f »	5,847 f 40

Notre revenu, qui était l'année dernière de 4,66 2 fr., s'est donc accru de 1,184 francs.

Donc en cinq ans, c'est-à-dire dans la première moitié de cette période décennale, où nous ne devons absolument qu'encaisser, sans payer des pensions, ne faisant par conséquent que les dépenses strictement nécessaires, les dépenses de ménage, si je puis dire, nos recettes se sont élevées à une moyenne de 35,000 à 40,000 francs, nos dépenses à une moyenne d'un millier de francs.

Dans la seconde période, les choses continuant de ce train, nous devons prévoir une moyenne un peu plus élevée, 40,000 à 45.000 francs, nos dépenses restant les mêmes.

Ainsi se trouvent réalisées les prévisions que je consignais l'année dernière dans mon rapport annuel, à savoir que le jour de l'ouverture effective de notre Caisse de Retraites, notre avoir sera de 4 à 500,000 francs et nos revenus de 15 à 20,000 francs.

Caisse auxiliaire. — Notre Caisse auxiliaire, alimentée, comme vous le savez, par les dons et par la retenue statutaire de 1 % sur la recette brute, a vu cette année son capital accru de 496 fr. 27 c., ce qui le porte à un total de 2,330 fr. 75 c. Cette Caisse qui, vous le savez, n'est autre qu'une Caisse de secours, n'a pas eu encore fort heureusement l'occasion de fonctionner. Espérons que son capital grossira encore fort longtemps sans qu'il soit besoin d'y puiser.

A propos de notre Caisse auxiliaire, j'ai grand plaisir à vous signaler le don que vient de lui faire tout récemment mon excellent ami et distingué collègue M. le Dr R. Saint-Philippe. Voulant faire excuser ses absences absolument involontaires au Conseil des Censeurs, notre collègue a versé entre mes mains à titre de réparation une somme de 100 francs.

Tous mes remerciements encore à notre éminent Président, M. le Dr Dujardin-Beaumetz qui, voulant aider la Caisse de Retraite à faire de la propagande par la publicité, a souscrit, à cet effet, une somme de 200 francs. Vous savez, du reste, qu'il est coutumier de générosité, car l'année dernière il avait fait de même à notre œuvre un don de 200 francs.

Et son exemple est contagieux, paraît-il, ou bien fait-il des prosélytes, car il m'a envoyé encore, dans le courant de l'année dernière, une somme de 100 francs, don d'un anonyme.

Toute notre gratitude encore à la Société civile du *Concours médical*, qui a souscrit pour notre œuvre, cette année comme l'année dernière, une somme de 200 francs. Non contente d'avoir puissamment contribué à la fonder, la Société du *Concours médical* tient encore à soutenir notre œuvre, non seulement de son influence, mais de *son argent*.

Ce sont là, Messieurs et chers Collègues, d'excellents exemples que votre Trésorier livre sans autres commentaires à vos méditations.

Je termine, Messieurs, par l'exposé de situation que voici :

Recettes.

Cotisations.....................	153,773 60	
Dons à la Caisse des Pensions.	2,300 »	
Dons à la Caisse auxiliaire...	650 »	
Profits et pertes..............	382 03	
Intérêts des valeurs...........	11,483 75	
		168,589 38

Emplois.

Portefeuille......................	158,221 75	
Frais généraux.................	5,315 18	
Reste en caisse au 6 avril 1888.	5,052 45	
		168,589 38

M. le Dr Ordonneau, au nom du Comité des Censeurs, lit le procès-verbal de la séance de la veille. L'Assemblée vote des félicitations au Trésorier.

La séance est levée à midi.

LA SEMAINE MÉDICALE

La prophylaxie de la syphilis.— Certificat de bonne vie et mœurs pour les filles de brasserie.

M. Diday, l'éminent et spirituel syphiliographe de Lyon, a apporté son contingent d'expérience et d'imagination à l'Académie dans la question de la prophylaxie publique de la syphilis. Le point de vue qui le préoccupe surtout, c'est la prostitution qui n'est ni officielle, ni clandestine, mais celle qu'il appelle prostitution *entr'ouverte*, celle des filles de brasserie et des bonnes de marchands de vins. Or cette forme de prostitution échappe jusqu'ici complètement à la surveillance de la police des mœurs. On a proposé l'inscription pour elle

comme pour les autres formes, mais ce moyen paraît aller à l'encontre du but qu'on se propose ; il fera déserter ces établissements où la surveillance serait relativement facile et obligera les filles à se réfugier dans des réduits plus ignorés, moins faciles à surveiller.

M. Diday rappelle qu'à Lyon un préfet avait pris un arrêté par suite duquel toute fille placée dans une brasserie doit être munie d'un certificat de bonne vie et mœurs. Si non, elle est citée au tribunal de simple police et condamnée à une amende dont les patrons des brasseries sont responsables ; en cas de récidive, la peine peut être de cinq jours de prison. La fille dénoncée comme ayant transmis une maladie vénérienne, est amenée au bureau des mœurs pour être visitée médicalement. La responsabilité des patrons engagée est une garantie de la bonne exécution de l'arrêté, ainsi que la menace de fermer les établissements où l'on trouverait plusieurs fois de suite des filles sans certificat. On pourrait exiger, en outre, un certificat sanitaire, mais il faudrait que les visites médicales fussent faites avec minutie. M. Diday met en garde les médecins contre les lavages et ablutions pratiqués au dernier moment par les filles atteintes de blennorrhagie. Il propose de n'examiner une fille qu'après l'avoir fait attendre deux heures sous une surveillance continue.

M. Diday souhaite en outre la création de médecins-inspecteurs faisant des visites à époques indéterminées pour contrôler l'exécution des réglements sanitaires, l'état des instruments, etc.

Encore la saccharine.

M. *Worms* a entretenu l'Académie de l'emploi de la saccharine. Jusqu'ici on nous a montré ses avantages chez les diabétiques ; voici le tour des inconvénients. Trois malades sur quatre, auxquels M. Worms avait administré 10 centigr. de saccharine par jour, ont dû y renoncer au bout de quinze jours à cause de l'inappétence, d'un malaise consistant en une barre épigastrique.

Si, comme il est à craindre, la saccharine est employée bientôt sur une grande échelle dans l'industrie, puisqu'à cause de son pouvoir édulcorant considérable elle coûterait 50 % moins cher que le sucre; il n'est pas indifférent de savoir au juste quels inconvénients elle peut avoir au point de vue de la digestion.

M. *Dujardin-Beaumetz* répond à M. Worms qu'il n'a pas encore observé chez les diabétiques auxquels il donne la saccharine les symptômes signalés par son collègue. Ceux-ci pourraient être expliqués soit par l'impureté du produit, soit par son action antifermentescible suspendant l'activité digestive des sucs gastrique et pancréatique, soit enfin par la non perméabilité du rein. La saccharine n'est pas toxique pour le chien à la dose de 6 grammes, mais la question hygiénique reste à vider. Le sucre n'entre pas seulement dans l'alimentation pour son pouvoir édulcorant ; or la saccharine n'est pas un aliment, puisqu'elle est éliminée par les urines intégralement. Les fabricants de confitures qui déjà n'y mettaient pas de fruits, commencent à ne mettre plus de sucre, puisqu'ils adoptent la saccharine. Que reste-t-il pour l'alimentation ?

Autre point de vue : le sucre paie une taxe, la saccharine en est exempte; si l'une remplace l'autre, que deviendront les droits perçus par l'Etat.

M. *C. Paul* n'a pas observé non plus d'accidents avec la saccharine, elle est parfaitement supportée par les diabétiques quand on l'unit à la soude sous forme de tablettes de saccharate de soude.

M. *Worms* rappelle qu'on livre aujourd'hui dans le commerce sous le nom de sucre de Cologne, au prix de 20 centimes la livre, un mélange où entre une proportion notable de saccharine.

Le strongle paradoxal chez l'homme.

M. *J. Chatin* a trouvé dans les déjections d'un homme atteint de troubles gastro-intestinaux qui fait le commerce des viandes fraîches de porc, un ver nématode, un petit strongle mâle, le strongle paradoxal, dont l'habitat ordinaire est l'appareil respiratoire du porc.

Dès qu'il existe en quantité notable, ce parasite détermine chez le porc des désordres assez graves.

Chez l'homme sa présence n'a été signalée que tout à fait exceptionnellement. Cela ne doit cependant pas nous rassurer complètement. Pendant plus de cinquante ans, en effet, le strongle paradoxal s'est montré très rare, même chez le porc, tandis qu'il compte aujourd'hui parmi ses helminthes les plus communs. Rien ne dit qu'il n'en sera pas ainsi à l'égard de l'homme.

Quelle sera chez lui l'action nocive de ce nématode ? Il importe de distinguer ici entre les stations que le parasite peut occuper dans le corps de l'hôte qui l'héberge.

Quand il se montrera dans le tube digestif, comme dans le cas de M. Chatin, il ne devra pas inspirer de sérieuses appréhensions : ce strongle, en effet, offre une bouche complètement inerme, qui ne lui permet ni de se fixer fortement sur les parois de l'intestin, ni d'inciser ses tuniques, ni de léser leurs vaisseaux.

Il en serait autrement si l'helminthe se localisait dans l'appareil respiratoire et il en existe une observation. La nocivité de cet helminthe serait d'autant plus grande qu'il suffirait de quelques individus pour infecter tout l'arbre bronchique.

Doués d'une extrême vitalité, les embryons peuvent rester dans l'eau, durant des mois, sans subir aucune altération ; après un an de dessiccation ils reviennent à la vie active dès qu'on les humecte. Les boissons, les fourrages peuvent donc les ramener facilement vers l'hôte qui leur est destiné.

Introduits dans l'organisme, ces vers se logent dans le poumon et y déterminent souvent l'apparition de petites tumeurs qui communiquent avec les bronchioles.

Comment le strongle paradoxal peut-il se transmettre à l'homme ? On serait tout d'abord tenté de supposer que le ver passe directement du porc dans ce nouvel hôte, par l'ingestion de viandes chargées

d'embryons ou de femelles fécondées. Il est plus vraisemblable que la propagation de l'helminthe s'effectue immédiatement par l'intermédiaire de l'eau, qui représente la voie essentielle de transmission pour le strongle paradoxal, comme pour les strongyliens voisins.

A ce point de vue, comme à plusieurs autres, on ne saurait trop condamner l'usage des eaux vulgairement considérées, comme « potables » et qui sont en réalité fréquemment souillées par les déjections de l'homme ou des animaux qui vivent auprès de lui. La filtration au filtre de porcelaine ou l'ébullition donnent seules des garanties contre la transmission des maladies parasitaires.

Le lavage de la vessie par le procédé du siphon.

Notre confrère le Dr *Schaeffer*, de Chuelles (Loiret), nous écrit qu'il a appliqué le principe du siphon au cathétérisme évacuateur et au lavage de la vessie. Il se sert d'un tube en caoutchouc de petit calibre, pouvant s'adapter à une sonde quelconque et muni d'un entonnoir à l'autre extrémité.

En exécutant une manœuvre identique à celle qui est en usage pour le lavage de l'estomac par la méthode de Faucher, il obtient sans difficulté une évacuation complète de la vessie qu'il peut faire suivre d'un lavage ou plutôt d'un véritable bain vésical avec une solution boriquée ou autre ; en variant l'élévation de l'entonnoir, on fait varier la pression intra-vésicale à volonté. Dans certaines cystites aiguës, notre confrère obtient, en lavant ainsi la vessie avec des infusions émollientes, un rapide apaisement des symptômes. Il trouve encore à ce procédé l'avantage de permettre d'apprécier plus facilement les caractères optiques des différentes portions de l'urine, en examinant celle qui s'écoule au début et à la fin du cathétérisme.

Nous avons, l'année dernière (1), signalé dans le même ordre d'idées le procédé employé par M. *Lavaux* pour le lavage de l'urèthre et de la vessie sans sonde.

M. Lavaux introduit à l'entrée seulement du canal de l'urèthre, au delà de la fosse naviculaire, une canule à robinet d'un diamètre connu et variable suivant le débit qu'il veut obtenir ; à cette canule fait suite un tube de caoutchouc qui communique avec une bouteille graduée contenant la solution destinée au lavage. Dans cette bouteille on a établi à l'aide d'une poire insufflatrice une pression suffisante pour amorcer l'appareil, pression qu'on fait ensuite varier en élevant plus ou moins la bouteille.

Le procédé de M. Schaeffer est certainement plus simple au point de vue de l'instrument, puisqu'il ne nécessite qu'un tube de caoutchouc et un entonnoir, mais il ne supprime pas le cathétérisme.

Chacun des deux procédés répond à des indications particulières.

(1) *Concours médical* 1887, page 270.

QUINZAINE CHIRURGICALE.

CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE *(Suite et fin)*.

Traitement des suppurations chroniques de la plèvre.

Un certain nombre d'orateurs ont pris la parole sur ce sujet plein d'actualité.

M. le Professeur *Le Fort* fait d'abord remarquer qu'on observait beaucoup moins autrefois qu'aujourd'hui des fistules consécutives à l'opération de l'empyème. Il attribue ce fait à ce qu'on pratiquait beaucoup moins souvent le lavage de la plèvre et à ce qu'on ne laissait pas des drains à demeure mettant en communication l'air du dehors avec la cavité pleurale. L'opération de Létiévant-Estlander est une bonne opération, mais elle a ses indications et ses contre-indications. Quand la cavité est très grande, le succès promis est rarement obtenu, M. Le Fort cite deux cas où, malgré des résections entièrement étendues, il est toujours resté des fistules.

Dans une opération qu'il a pratiquée, le professeur de clinique de l'Hôpital Necker a vu, pendant une injection de liquide dans la plèvre, l'opéré pris tout à coup d'un accès épileptiforme et frappé de paralysie des quatre membres. Il ne sait à quoi attribuer ce phénomène morbide.

M. *Thiriar* (de Bruxelles) a pratiqué l'opération d'Estlander dans des cas de suppuration chronique intarissable de la plèvre et de pleurésie interlobaire suppurée. Il a traité jusqu'ici 13 malades, pratiqué sur eux 17 opérations. Onze opérés sont aujourd'hui radicalement guéris ; un est mort de pleuro-pneumonie aiguë ; un autre porte encore une petite fistule.

M. *Thiriar* règle le siège, l'étendue et la largeur de sa résection costale sur celles de la cavité suppurante. Il détache, en avant, les côtes de leurs insertions cartilagineuses ; il opère largement et préfère enlever une ou deux côtes de plus que de ne point en enlever assez. Il doit à cette conduite ses nombreux succès.

M. *J. Bœckel* (de Strasbourg) est aussi partisan des larges interventions ; les *insuccès*, pour lui, sont dus à la trop grande timidité des opérateurs ; quand, pour obtenir l'affaissement de la paroi dans la partie supérieure, on éprouve de la difficulté à cause de l'omoplate, il ne faut pas hésiter à réséquer une portion de cet os.

Douze malades ont été opérés par M. Bœckel, sept ont guéri définitivement, trois sont morts, deux seulement ont conservé des fistules.

M. *Delorme*, professeur de Clinique chirurgicale au Val-de-Grâce pense que toutes les fois que la cavité pleurale a plus de 4 centimètres de profondeur, il faut faire la section verticale de la paroi après résection des côtes et refouler le lambeau cutané et musculaire pour favoriser l'écoulement. La grandeur de la cavité n'est pas, pour lui, une contre-indication à l'opération.

Souvent la cicatrisation est retardée par une suppuration entretenue par la paroi pleurale chroni-

quement enflammée et épaissie; dans ces cas il faut faire un grattage rigoureux et même exciser la plèvre épaissie, si l'on veut arriver à un bon résultat.

M. *Bouilly* fait d'abord remarquer que le jeune âge est plus favorable à cause de l'élasticité plus grande de la paroi thoracique. Il faut aussi tenir compte de l'âge de la cavité suppurante et de la grandeur de cette cavité ; c'est sur ces diverses données qu'il fixe ses indications.

1° Quand les cavités suppurantes sont très grandes, que le poumon est rétracté et forme un moignon impropre à servir, il faut opérer si les sujets ont moins de 22 ans; sinon, l'opération est inutile et dangereuse.

2° Les cavités moyennes où le poumon forme une sorte de cupule, de 8 à 10 centim. de profondeur sont celles qui relèvent le moins de l'intervention.

3° Quant aux trajets fistuleux plus ou moins obliques et profonds, on doit les gratter soigneusement et toucher leur surface interne avec une forte solution de chlorure de zinc.

M. Bouilly a opéré 13 malades ; huit ont définitivement guéri, deux conservent une fistule, trois ont succombé. Dans tous les cas l'intervention a été large, deux fois seulement l'opération a dû être recommencée.

M. *Berger* ne partage pas l'entraînement de ses collègues, il a été frappé d'un cas malheureux dans lequel le malade succomba à des troubles respiratoires dus sans doute à la résection des côtes inférieures, aussi doit-on, pense-t-il, les ménager autant que possible afin de ne point apporter de perturbation aux fonctions respiratoires du diaphragme.

Il résulte des remarques faites par MM. *Ollier* et *Levrat* (de Lyon), que chez les jeunes sujets il faut enlever le périoste costal ; sinon, on voit rapidement se produire des plaques osseuses néoformées qui empêchent l'affaissement de la paroi.

En somme, 47 cas de thoracoplastie ont été rapportés au Congrès, il y a eu 30 guérisons totales, 7 guérisons avec fistules persistantes et seulement 9 décès à enregistrer.

Traitement des pseudarthroses.

M. Tillaux pense que dans le traitement opératoire des pseudarthroses tel qu'il est formulé aujourd'hui par beaucoup de chirurgiens, on peut avec avantage supprimer plusieurs temps qui sont justement ceux qui rendent l'opération plus dangereuse. En effet, on exécute habituellement les temps suivants :

1° Incision des téguments.
2° Résection des extrémités osseuses.
3° Suture des os.
4° Réunion des tissus.

Or, souvent on n'obtient point la soudure de l'os, et les accidents mortels ont atteint encore récemment au moins 20 % de mortalité.

Le plus souvent la cause de la pseudarthrose est l'interposition d'une bride musculaire ou fibreuse entre les fragments osseux. Il suffit de supprimer cette bride pour permettre aux os de se réunir et on n'a pas besoin pour obtenir ce dernier résultat de les condamner à une immobilité absolue. Voici comment M. Tillaux comprend les temps opératoires de la cure des pseudarthroses, et il prend pour exemple une consolidation du fémur qu'il a traité avec succès :

1° Incision de la peau.
2° Destruction de la bride interposée et mise à nu par la découverte du foyer de fracture.
3° Rafraîchir les extrémités osseuses.
4° Aseptiser la plaie.
5° Placer le membre dans un appareil à extension continue.

Il va sans dire que cette opération ne peut réussir qu'avec une antisepsie parfaite. On traite ainsi la pseudarthrose comme une fracture compliquée.

M. le professeur Le Fort pense qu'avant d'arriver à ces opérations sanglantes on peut obtenir la consolidation de beaucoup de pseudarthroses par des moyens plus bénins. L'acupuncture pure et simple a réussi quelquefois, mais il considère que l'électrolyse donne encore de bien meilleurs résultats. Il a guéri ainsi une pseudarthrose du cubitus en deux séances, trois pseudarthroses de l'humérus. On introduit facilement l'aiguille négative jusqu'au foyer de la fracture ; mais il ne faut pas faire passer trop longtemps le courant, sans quoi on pourrait avoir quelques complications inflammatoires; dans un cas il y a eu suppuration du foyer de fracture, néanmoins la guérison s'est produite.

Traitement chirurgical des kystes du foie.

Le traitement des kystes du foie par les méthodes chirurgicales s'acclimate de plus en plus dans nos mœurs ; pour les kystes du lobe gauche et de la face inférieure, il est facile d'arriver à la réalisation des indications. Dans un cas de kyste du lobe gauche, M. Pozzi a pu conduire à bien l'extirpation en disséquant le kyste et en l'énucléant du tissu hépatique qui le recouvrait dans sa partie supérieure et qui avait une épaisseur de deux centimètres environ.

Les kystes hydatiques sous-diaphragmatiques sont plus diffiles à traiter. Landau, en Allemagne, conseille la voie abdominale antérieure ; une fois la laparotomie exécutée, on va à la recherche du foie, et à l'aide de manœuvres variées on le fait basculer en avant ou on le fixe par des sutures appropriées. M. le Dr Segond pense que les tiraillements que l'on est obligé d'exercer sur le foie peuvent ne pas être sans inconvénients; il préfère de beaucoup aborder ces tumeurs par la voie pleurale comme l'ont fait Israël et Geuzman. Dans deux cas, dont l'un compliqué de vomique pulmonaire, il a pu, l'année dernière, arriver à un heureux résultat. Il a toujours fait l'opération en un seul temps. Il incise la peau, résèque une côte, traverse la plèvre au niveau du cul-de-sac costo-diaphragmatique, puis il fixe le diaphragme à l'incision cutanée. Arrivant alors sur le kyste, il l'ouvre, l'attire un peu à l'extérieur et le suture à l'incision cutanée. Dans les deux cas il n'y a eu aucune complication grave à la suite de cette opération.

Quelquefois, du fait d'une inflammation de voisinage antérieure, il existe des adhérences pleurales en apparence très solides. Il ne faut pas toujours s'y fier, et, dans un cas, M. Maunoury (de Chartres), après avoir ouvert à travers le huitième espace un kyste hydatique suppuré du foie, vit les adhérences qu'il avait constatées céder et le malade mourir d'une pleurésie septique causée par l'épanchement du pus du kyste dans la plèvre.

Dans un cas plus récent, après avoir ouvert le 10e espace intercostal, au point le plus saillant de la tumeur, il sutura ensemble la plèvre costale et la plèvre diaphragmatique, créant ainsi une boutonnière séreuse de 5 à 6 centimètres de longueur. Il put ensuite, et sans réséquer de côte, ce qu'il considère comme presque toujours inutile, attirer le kyste au dehors, le suturer à la peau et l'ouvrir.

Les cavités kystiques ainsi ouvertes à l'extérieur doivent être tenues aussi aseptiques que possible, elles se rétrécissent peu à peu, et, au bout de quelques mois elles sont totalement fermées.

Dr Barette.

MALADIES DES VOIES URINAIRES

Nature et traitement du mal de Bright.

Les altérations rénales qui aboutissent à l'ensemble clinique connu sous le nom de mal de Bright ont été l'objet de tant d'interprétations différentes qu'il ne nous est pas possible d'en tracer ici même un rapide résumé. Pour nous limiter aux dernières années, on peut ranger les théories en deux classes: au point de vue clinique, on a créé deux types principaux caractérisés l'un par une albuminurie minime, de la polyurie et l'absence d'œdème; l'autre par une albuminurie abondante, des urines rares, une anasarque généralisée. L'anatomie pathologique avait paru, à un moment, fournir une explication de ces formes cliniques et les altérations aboutissant à la formation tantôt d'un gros rein blanc, tantôt d'un petit rein rouge devaient donner la clef des symptômes observés. Une division aussi précise ne survécut pas longtemps aux progrès de l'anatomie pathologique et des formes mixtes vinrent compliquer cette apparente simplicité; des théories nouvelles, basées soit sur l'examen microscopique, soit sur l'expérimentation, furent successivement proposées.

Dans un ouvrage récemment paru, MM. Lecorché et Talamon (1) ont exposé le fruit de leurs études approfondies sur ce point. L'historique de la question y est tracé avec une grande précision et on suit facilement l'enchaînement des opinions émises et abandonnées tour à tour. Les auteurs, dégageant leur opinion personnelle de cet ensemble de faits et de théories, s'appuyant sur les constatations anatomiques, concluent qu'à l'autopsie on peut se trouver en face de plusieurs variétés de lésions rénales; les gros reins blancs, les petits reins blancs, les petits reins rouges constituent des termes ultimes, l'aboutissant d'un processus plus ou moins long ; aucune de ces formes ne peut se transformer en une autre, pas plus « qu'une pneumonie caséeuse généralisée ne peut aboutir à la phthisie fibroïde ». Mais entre ces 3 types bien tranchés, on observe des reins variables de volume et d'aspect, rouges, tachetés de gris et de rouge, qui sont évidemment des formes ou des degrés intermédiaires.

(1) Traité de l'albuminurie et du mal de Bright par E. Lecorché et Ch. Talamon. — Paris, Doin 1888.

Pour MM. Lecorché et Talamon, les altérations débutent par le glomérule et sont nécessaires pour la production de l'albuminurie. Celle-ci doit être soigneusement distinguée du mal de Bright, — la confondre avec lui équivaudrait à dire que tout individu qui tousse est un phthisique. — Elle disparaît souvent spontanément ; mais, si elle persiste, elle est le point de départ du mal de Bright dont le processus initial est *un* : la lésion débute par le glomérule et l'épithélium canaliculaire. L'évolution en est d'ailleurs des plus variables ; tantôt aboutissant à une désorganisation rapide comme dans la néphrite scarlatineuse, tantôt persistant pendant des dizaines d'années comme dans le saturnisme.

Cliniquement le mal de Bright est constitué par trois ordres de symptômes fondamentaux, l'*albuminurie*, l'*urémie*, l'*œdème* qui ont comme correspondants anatomo-pathologiques la *glomérulite*, l'*altération des cellules* lobulaires et l'*asthénie cardio-vasculaire*. Cette triade symptomatique représente le type classique idéal de la maladie, mais il peut être modifié ou incomplet : car dans toutes les lésions tendant au mal de Bright il y a, pour MM. Lecorché et Talamon, une partie fixe qui porte surtout sur le glomérule et le tissu interstitiel et une partie mobile constituée par les altérations des épithéliums tubulaires et l'équilibre circulatoire.

Si les altérations anatomiques sont nettement définies, il n'en est pas de même des formes cliniques et on ne peut tracer de symptomatologie spéciale à chacune d'elles; seule l'évolution diffère. Tantôt les accidents brightiques se développent d'emblée et évoluent, sur le mode aigu ou subaigu, d'une manière continue, tantôt ils procèdent par poussées successives ; tantôt enfin ils n'apparaissent qu'après une longue évolution presque absolument silencieuse du processus rénal. Quelle que soit la forme anatomique, l'œdème, l'urémie, l'albuminurie, s'observent avec les mêmes phénomènes généraux ; entre une poussée du début et une poussée terminale, il n'existe que des nuances trop peu marquées pour asseoir un diagnostic. Tout au plus peuvent-ils fournir quelques éléments au pronostic ; et encore on sait que le chiffre de l'albumine, ou l'abondance de l'œdème ne comportent pas toujours le même pronostic. On doit attacher une plus grande importance à d'autres considérations qui se tirent de l'état du cœur, de l'étiologie, de l'état général du sujet, de l'évolution de la maladie. La constatation de l'état du cœur est un des points principaux : s'il est normal ou simplement dilaté, on a assurément affaire à un gros rein, rouge, bigarré ou blanc ; si l'on constate une hypertrophie moyenne du cœur, on doit penser à un petit rein ou à une des formes intermédiaires ; si enfin l'hypertrophie cardiaque est énorme, il n'y aura pas de doute sur l'existence du petit rein rouge et granuleux, contracté par atrophie lente et progressive.

Le traitement du mal de Bright varie essentiellement suivant la cause qui l'a produit et suivant la période à laquelle il est parvenu. C'est surtout au début que l'intervention du médecin est utile et efficace ; il faut être bien convaincu de cette réalité et combattre attentivement toute albuminurie, si minime qu'elle soit, en s'efforçant d'en découvrir la cause et de la supprimer. En première ligne, se place

l'hygiène alimentaire ; on n'en saurait indiquer la règle générale d'une manière absolue. D'ordinaire une alimentation albumineuse ou fortement azotée augmente la proportion d'albumine et le régime lacté la diminue ; mais une diète lactée chez un malade dont l'estomac ne digère pas le lait aggravera l'albuminurie ; tel autre peptonisera l'albumine des œufs sans inconvénient pour le filtre rénal, un troisième dont les forces sont épuisées verra sa tonicité cardiaque se relever sous l'influence d'un régime azoté sagement dirigé.

Quoi qu'il en soit, on sait du reste que l'alimentation lactée représente le régime alimentaire idéal de l'albuminurique ; le lait constitue un aliment parfait et est, de plus, un puissant diurétique. La diète lactée absolue consiste dans l'administration quotidienne de 3 à 4 litres de lait, quantité indispensable pour subvenir aux besoins de l'organisme (1). Le lait de vache est celui qui convient le mieux ; après lui les laits de chèvre ou de brebis sont les plus nourrissants. Le malade doit en prendre des doses fractionnées et régulièrement espacées, un bol toutes les 2 heures par exemple, et jour et nuit autant que possible. Pour éviter le dégoût on y ajoutera certaines substances, de l'eau de laurier cerise, du cognac, les liqueurs en petite quantité, du café noir. Enfin, s'il est mal digéré, l'addition d'une petite quantité d'eau minérale alcaline en rend la digestion plus facile.

Ce régime ne convient pas toujours ; le mauvais état de la nutrition générale est une contre-indication ; de même, si la quantité d'urine est normale, si même il y a polyurie, c'est une faute que de condamner le brightique à la diète lactée sous prétexte de faire disparaître des traces d'albuminurie, surtout s'il s'agit d'une maladie ancienne et d'un rein déjà contracté. Dans ce cas, la disparition de l'albumine n'est nullement la preuve de la guérison.

Le régime azoté, proscrit en principe, trouve cependant quelques indications lorsque la débilitation du malade, spontanée ou résultant d'une diète lactée excessive, en commande l'emploi ; on aura recours surtout aux viandes blanches. Quand l'anémie est profonde, on peut autoriser les viandes noires, surtout la viande crue de bœuf ou de mouton, à condition d'en surveiller les effets. La tolérance est indiquée par les caractères suivants : quantité d'urine suffisante, proportion d'albumine non augmentée, quantité d'urée oscillant autour de la normale.

Les œufs, généralement rejetés, sont recommandés cependant par quelques auteurs. MM. Lecorché et Talamon établissent une distinction entre les œufs très cuits dont l'albumine est entièrement coagulée et les œufs crus ou peu cuits. Dans le premier cas, les effets sont les mêmes que ceux d'une alimentation fortement azotée et soumis aux mêmes règles ; les œufs crus sont permis quand les fonctions digestives sont bonnes et pendant la période d'accalmie de l'affection. Mais si le mal est déjà ancien, si l'assimilation est défectueuse, il vaut mieux s'en passer ; enfin il faut les proscrire absolument chez les brightiques qui présentent des troubles digestifs.

Telles sont les règles générales de l'alimentation ; c'est une grande part du traitement ; ce n'est pas tout, et la thérapeutique varie suivant les formes et les périodes. S'il s'agit d'un début insidieux et latent, le traitement sera surtout hygiénique, on conseillera l'hydrothérapie, certaines eaux minérales telles que Néris ou Plombières et les reconstituants généraux, le fer, l'arsenic, etc. Si le début est aigu, comme dans la convalescence d'une scarlatine, on agira plus activement. Le sujet sera immédiatement confiné au lit et mis à la diète lactée absolue ; une saignée sera souvent indiquée, soit générale, soit locale, consistant en 15 à 20 ventouses appliquées sur les reins. Sur la même région on pourra agir à l'aide de cataplasmes chauds ou même de vésicatoires, à condition de ne pas les maintenir trop longtemps en place. En général un amendement se produit au bout de 5 à 6 jours et la quantité de l'urine augmente. C'est alors qu'il convient d'activer la tonicité du cœur, la digitale trouve ici une indication précise. La marche vers la guérison n'est pas toujours régulière et il faut varier l'emploi des médicaments, suivant les poussées offensives. Enfin, sur le déclin de la maladie, il importe de débarrasser les tubuli des produits de désintégration cellulaire. A ce point de vue les diurétiques alcalins, les eaux minérales faibles conviennent parfaitement.

En regard de ce traitement applicable aux formes aiguës ou du début, il convient de placer celui qui est applicable aux périodes de rémission : la thérapeutique ne doit pas désarmer complètement. Dans certains cas, le sujet reprend toutes les apparences de la bonne santé, mais il reste albuminurique et polyurique ; la guérison est fonctionnelle, mais non anatomique. Le régime lacté mixte sera conseillé d'une façon intermittente ; mais, en tout temps, ce malade se gardera de faire des excès de nourriture et de boisson. Différents médicaments trouvent ici leur indication : en tête on doit placer le tannin, l'acide gallique et le perchlorure de fer associé à la noix vomique et à l'ergotine. L'énergie de la médication, sera, bien entendu, subordonnée à l'intensité des symptômes, et, lorsque la récidive est seulement incomplète, lorsqu'on voit persister certains symptômes tels que la bouffissure de la face, l'essoufflement, des digestions difficiles, il faudra alors insister sur le régime lacté. En hiver, le séjour dans une station méridionale sera profitable, de même qu'une saison l'été aux eaux de Royat ou de Saint-Nectaire. Enfin, dans une maladie aussi sujette à des poussées aiguës, il ne faut pas craindre de reprendre toutes les fois qu'il est nécessaire la médication du début et d'imposer avec rigueur un régime lacté absolu.

Dans la période terminale, le médecin ne peut plus songer ni à guérir ni même à modifier les altérations du filtre rénal et doit avoir pour objet de maintenir la force du malade et de parer aux accidents les plus menaçants. Il faut surtout ménager les fonctions de l'estomac et de l'intestin et n'imposer au malade aucun régime exclusif, pas plus la diète lactée que l'alimentation azotée. MM. Lecorché et Talamon font remarquer avec raison qu'une nourriture variée et qui plait au malade est celle qui convient le mieux.

C'est l'état de la circulation qui, à cette période, tient le pronostic et le traitement sous sa dépendance : en face d'un petit rein rouge, la thérapeutique obtient souvent des succès en soutenant le cœur par les moyens appropriés ; mais en face d'une hydropisie cachectique, l'asthénie cardio-vasculaire est telle que tous les médicaments sont souvent ou impuissants, ou dangereux ; néanmoins, dans ce cas, des inhalations de nitrite d'amyle ou l'administration de 5 à 6 gouttes d'une solution à 1/100 de nitro-glycérine procure un soulagement au moins passager.

Dr E. Desnos.

(1) C'est là une opinion qui n'est pas admise pour tout le monde, et pour notre part nous n'y pouvons souscrire. 2 litres à 2 litres et demi, en 10 doses égales et également espacées, nous ont toujours paru suffisants. P. L. G.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

L'exercice de la médecine permis aux pharmaciens.

Les pharmaciens connaissent-ils la dynamique des médicaments qu'ils manient et qu'ils pèsent ? Evidemment non, car il faudrait pour cela qu'ils connussent la physiologie humaine normale et pathologique. Connaissent-ils les effets physiologiques, les modifications ou perturbations amenées dans l'économie humaine par les médicaments ? Non, c'est certain.

Alors si on leur permet d'employer ces médicaments « sous la garantie de leur diplôme », c'est leur donner le droit de vie et de mort sur leurs semblables, attendu qu'ils sont irresponsables, ne se doutant même pas des effets qu'ils vont produire. Donner aux pharmaciens le droit de vendre des médicaments à tout venant, en tous sens et contre sens, c'est mettre un revolver entre les mains d'un enfant ; les pharmaciens de même que l'enfant ne connaissent ni la portée de leurs armes, ni la direction de leurs projectiles ; tant pis pour ceux qui seront tués.

Aussi le public devrait-il bien se garder de consulter un pharmacien. Car, enfin, consultez un empirique, un charlatan ou une somnambule, vous ne courrez pas grand risque, le susdit employant ordinairement des simples ou des moyens mystérieux, mais anodins, tandis que le pharmacien, qui a sous la main tout un arsenal, une officine pleine d'armes et d'engins meurtriers aura, c'est sûr, la tentation de s'en servir, avec l'assurance prétentieuse de son omniscience et la « garantie de son diplôme ».

N'est-ce pas lui qui juge les médecins ? N'est-ce pas lui qui recommande à ses clients tel ou tel praticien selon lui plus savant que ses collègues ? Pourquoi le détenteur de tous ces produits, qui les a lui-même tant de fois manié, ne se permettrait-il pas de les prescrire lui-même ? N'a-t-il pas vu des médecins prudents prescrire telles doses de digitale, noix vomique, liqueur de Fowler, chloral, morphine, etc., et cela impunément, en sauvant leurs malades ? Pourquoi lui aussi, avec des doses moindres, ne se permettrait-il pas de sauver l'humanité ?

Voit-on d'ici les applications de cette manière de faire ? Supposez un cardiaque athéromateux avec une pression intra-artérielle arrivée à son summum, supposez, dis-je, que le pharmacien lui donne une forte dose de digitale, qu'arrivera-t-il ?

On frémit à la pensée de jouer à pile ou face « sous la garantie du diplôme ».

Jeunes docteurs en herbe, n'allez pas à la Faculté de médecine, contentez-vous de l'officine du coin, puisque le fameux « diplôme » contient toutes les sciences, confère tous les titres et surtout tous les droits, jusques et y compris le droit de vie et de mort « saignare et purgare per totam terram impune ». N'aspirez pas à la lancette, contentez-vous de la seringue et du pilon !

En résumé, si l'exercice de la médecine était absolument libre en France comme en Amérique, on devrait l'interdire aux seuls pharmaciens.

Vœu :

Pour faire l'expérience de la présente loi, MM. les législateurs, ministres, sénateurs et députés, devront seuls pendant deux ans se livrer aux soins éclairés de MM. les pharmaciens sous « la garantie expresse et absolue du diplôme ».

Dr Blaize.

CORRESPONDANCE

Nous recevons la lettre suivante :

10 avril 1888.

Assassinat d'un médecin

Monsieur le Directeur,

Les soussignés ont la douleur de vous faire part de l'épouvantable attentat qui, le 20 décembre dernier, jetait dans la consternation la ville et les campagnes de Tlemcen, et viennent solliciter votre généreux concours pour l'œuvre de réparation qu'il impose.

Le docteur Rullé, sorti de l'armée et établi comme médecin civil à Tlemcen depuis plus de vingt ans, vient d'être odieusement assassiné par un misérable qui, caché derrière un pan de mur, lui a tiré à bout portant un coup de fusil dans la région du cœur, et s'acharnant ensuite sur son cadavre, lui a déchargé six coups de revolver dans la tempe.

L'infortuné Docteur, si brusquement et si dramatiquement enlevé dans toute la force de l'âge et la plénitude de son talent, laisse une veuve désespérée et trois petits orphelins dans la plus navrante détresse.

Justement émus de cette immense infortune, les amis du regretté docteur, se faisant l'écho des sympathies de la population et de la reconnaissance publique, se sont spontanément rencontrés dans la généreuse pensée d'ouvrir une souscription en faveur de sa malheureuse famille. Ils se sont, en conséquence, constitués en comité de souscription et poursuivent actuellement l'œuvre charitable dont ils ont pris l'initiative.

Nous avons pensé, Monsieur le Directeur, que le *Concours Médical*, auquel était abonné le Docteur Rulié, et qui compte parmi ses lecteurs assidus tant de médecins qui honorent chaque jour leur art par des actes de bienfaisance, serait heureux de venir, en aide, par une souscription spéciale, à la veuve et aux orphelins d'un Confrère assassiné dans des circonstances aussi dramatiques.

Le Président du Comité de souscription,

Lenepveu.

(Suivent de nombreuses signatures.)

Nous nous empressons de nous rendre au désir exprimé et de prier les membres du Concours qui voudraient s'associer à cette œuvre médicale de s'adresser, pour la correspondance, au Secrétaire du Comité : M. Heinzmann, professeur au Collège de Tlemcen ; pour l'envoi des fonds, au Président du Comité : M. le Docteur Lenepveu, doyen des Docteurs de Tlemcen, rue Lamoricière (près des remparts).

Voici les passages saillants de l'horrible drame dont notre regretté confrère a été la victime. Nous adressons à sa famille l'expression de nos regrets.

LE DRAME D'AIN-MAMA.

Le docteur Rulié, ancien médecin militaire, était originaire des environs de Cahors (Lot). Démissionnaire de l'armée, il se fixa à Tlemcen où il ne tarda pas à se créer tant par son profond savoir que par l'aménité de son caractère une nombreuse clientèle. Il s'allia plus tard à l'une des familles les plus honorables de notre ville.

Le meurtrier, le nommé Sabatier, était fixé dans la colonie depuis quelques années, où il avait apporté une réputation des plus équivoques. Séparé de sa femme qu'il maltraitait, après la perte d'un fils à la mort duquel il n'était pas resté étranger, Sabatier vivait maritalement avec une Espagnole.

Installé à la ferme du docteur Rulié, Sabatier se

faisait remarquer depuis deux mois par son travail et sou extrême obséquiosité.

Sabatier passa dans les bouchons de Tlemcen les journées de samedi, dimanche et lundi. Ce jour-là, après avoir bu plus que de coutume, l'ivrogne se rendit de nouveau chez le docteur Rulié pour lui réclamer encore de l'argent qui lui fut refusé à bon droit.

Entre 5 et 6 heures du soir, le docteur Rulié, armé de son revolver par mesure de précaution et malgré les instances de sa femme pour le retenir, prenait le chemin de sa ferme, en voiture et accompagné d'un Arabe.

L'assassin aperçut venir de loin sa victime, et se dissimulant habilement derrière un pan de mur, il la laissa s'avancer jusque dans la cour de la ferme. La voiture était arrêtée et le docteur se disposait à descendre lorsqu'il aperçut le misérable Sabatier qui le couchait en joue. Le docteur saisissant vivement son revolver fit feu sur son agresseur, mais tandis que la balle allait se perdre dans le vide, il était mortellement atteint au-dessus du sein gauche. Il s'affaissa. L'Arabe se précipitait pour le soutenir lorsqu'un deuxième coup chargé à gros plomb labourait la poitrine et le bras gauche dont la victime cherchait à se couvrir la face. Le docteur Rulié tomba sans connaissance.

Le meurtrier, conservant son sang froid, mit en joue l'Arabe qui était blessé au pied et lui intima l'ordre d'aller à Tlemcen prévenir la justice.

Pendant ce temps, le scélérat resté seul avec sa victime l'achevait en lui déchargeant à bout de canon les six coups de son revolver dans la tête, et lui fracassait la tempe gauche et lui brisait la mâchoire. Ces armes appartenaient au docteur Rulié qui les avait confiées à Sabatier pour sa défense personnelle.

Cependant, la gendarmerie prévenue accourait en toute hâte ; en voyant approcher les représentants de la loi, l'assassin les menaça de son fusil s'ils faisaient un pas de plus. Pendant que ceux-ci se concertaient, deux détonations se faisaient entendre : Sabatier venait de se faire justice en se tirant deux coups de feu dans la tête.

BULLETIN DES SYNDICATS

ET DE

L'UNION DES SYNDICATS

DIRECTEUR : Dr BARAT-DULAURIER

Syndicat médical de Réthel.

Compte rendu de la séance du 1er mars 1888.

Monsieur et honoré confrère,

La réunion des membres du Syndicat de l'arrondissement de Rethel n'était pas complète. Sur 16 médecins, huit seulement étaient présents :

C'étaient les docteurs Landragien, *Président* ; Troyon, *Secrétaire* ; Lecoq, *Trésorier*.

Puis les confrères Lamiable, de Château, Achard, Drapier, Lefranc et Hardy.

L'absence de la moitié des confrères syndiqués, d'après la nature des excuses produites, tenait en grande partie au nombre des malades qui abondent à pareille époque sous l'influence de la constitution médicale.

Aussi, avons-nous décidé, pour plus de facilité, que la réunion du premier jeudi de mars, serait reportée au dernier jeudi d'avril, *ex omnium consensu*.

Dans le cours de la séance, en causant çà et là des intérêts professionnels, un confrère, M. le Dr L., a cru devoir entretenir les membres présents du fait suivant qui vient de se produire à propos d'un cas qui se rattache au service médical gratuit.

Une femme indigente était arrivée au terme de sa grossesse. Le mari accourt réclamer les soins du Dr L.. Celui-ci s'empresse d'aller visiter la patiente qui habitait une commune voisine.

Notre honorable confrère, après examen, reconnaît que l'accouchement n'est pas sur le point de se faire, retourne à sa clientèle, et recommande qu'on l'envoie chercher dès que les douleurs réelles se feront sentir.

Ce n'est que le lendemain qu'il est appelé à nouveau. Obligé de se rendre, à cette heure, à un conseil de famille, M. le Dr L. prie le mari d'aller chercher le confrère du lieu pour faire l'accouchement à sa place.

Ce dernier refuse son intervention, et la patiente accouche toute seule, sans le secours de l'art.

Le mari de l'indigente porte plainte à M. le Maire de la commune, lequel en réfère à l'autorité supérieure.

M. le Sous-Préfet, de son côté, croit devoir présenter quelques observations à M. le Dr L. et lui exposer la nécessité où il se trouvait de quitter le conseil de famille dont il faisait partie, pour se rendre auprès de l'accouchée.

Inutile d'ajouter que notre confrère ne partagea pas l'avis sous-préfectoral.

L'affaire en demeura là.

Quinze jours plus tard, M. le Dr L., lors de la réunion des membres du syndicat, après avoir raconté cette histoire, jugea à propos de nous soumettre la réflexion suivante :

Un praticien peut-il être de la sorte à la merci d'une famille indigente, sous prétexte que celle-ci a le droit de mander le médecin de son choix ?

Doit-il être exposé, en pareil cas, aux observations émanées de l'autorité, toujours peu sensible aux intérêts ou à la dignité de notre profession. M. le Sous-Préfet a apporté, il est vrai, toute la mesure convenable, dans son langage vis-à-vis de notre confrère. Mais ne pourrait-il pas recommander au maire du pays de faire comprendre à l'indigent que du moment où il y avait impossibilité pour le médecin de se rendre à son poste, toute récrimination de sa part devenait inutile et non fondée.

Aussi les médecins du Syndicat de l'arrondissement de Rethel ont-ils résolu, par la plume de leur secrétaire, de porter ce fait à la connaissance des lecteurs du *Concours médical*.

De plus, ils ont décidé, Monsieur le Directeur, qu'ils vous prieraient de vouloir bien leur transmettre le concours de vos lumières sur la question de savoir, si, au point de vue seul de la dignité professionnelle, et non de leurs intérêts matériels, ils ne feraient pas bien de refuser leur intervention dans l'exercice du service médical vis-à-vis des indigents, tel qu'il est actuellement constitué.

Voilà, cher et honoré Directeur, le procès-verbal de notre réunion confraternelle.

Nous attendons, en même temps que son insertion dans les colonnes de votre estimable journal, la réponse de vos réflexions judicieuses concernant

la ligne de conduite que votre expérience voudra bien nous tracer.

Veuillez agréer, etc.

Manibus unitis.

Le Secrétaire,
Dr Troyon.

Rethel, le 8 mars 1888.

Quelques réflexions à propos du compte-rendu de la séance du 1er mars 1888 du syndicat médical de Réthel.

Le compte rendu qui précède est intéressant à plus d'un titre et soulève des questions déontologiques des plus importantes. Nous ne voulons point les traiter aujourd'hui d'une manière complète, mais il importe de présenter quelques remarques. Nous ne rechercherons pas les raisons qui ont pu empêcher le confrère de la localité habitée par la femme en couches dont il est question, de se rendre auprès d'elle en l'absence du Dr L.., premier appelé et momentanément obligé de s'absenter. Au point de vue purement confraternel, ce refus de concours, dans des circonstances semblables, ne peut s'expliquer que par des raisons absolument personnelles et de la plus haute gravité, et nous supposons qu'elles existent.

Ceci posé, arrivons à la situation du Dr L...

« *Un médecin,* dit notre confrère, l'honorable secrétaire du syndicat, *peut-il être à la merci d'une famille indigente, sous prétexte que celle-ci a le droit de mander le médecin de son choix?* »

Il n'est pas le moins du monde douteux qu'il ne saurait en être ainsi. Si les règlements administratifs laissent à l'indigent la faculté de choisir le médecin auquel il accorde sa confiance et demande les secours de l'art, ce n'est pas nous qui blâmerons cette sage disposition. Nous savons trop le rôle que joue la confiance dans le médecin pendant le traitement des maladies ; nous connaissons trop l'influence morale éminemment salutaire qu'il exercera lorsqu'il possédera cette confiance. D'un autre côté, nous avons entendu trop souvent des personnes dire du médecin que pourtant elles avaient volontairement appelé :

« Que voulez-vous? Je ne prends pas ses drogues « parce que je n'ai pas confiance ! » Aussi considérons-nous la confiance dans le médecin, une confiance aveugle, comme un élément important de succès. Dès lors nous admettons que, dans la mesure du possible, la réglementation de la médecine des indigents doit laisser au principal intéressé le choix du médecin qu'il appellera près de ses malades.

Mais il n'est pas de droit qui n'éveille bien l'idée d'un droit réciproque. Si l'indigent a le droit d'appeler le Dr X..., le Dr X..., de son côté, ne saurait être tenu, d'une manière absolue, d'accepter la mission qu'on veut lui confier.

Lui aussi a sa liberté qui doit être respectée et il ne saurait être contraint d'accepter, en toute circonstance, le client qui l'appelle, ce client figurât-il sur toutes les listes d'indigents du monde. Le médecin peut avoir des raisons momentanées ou permanentes de refuser ses soins à tel ou tel individu, et il n'est jamais venu à l'esprit d'une personne sensée de vouloir le contraindre à partir en toute occasion.

Il s'agit, bien entendu, du médecin qui n'est lié par aucune obligation antérieure. Si, en effet, le médecin a commencé à donner des soins à une personne pour une maladie, il est tenu, moralement du moins, de continuer ses soins pendant toute la durée de la maladie. Sa négligence pourrait causer au client un préjudice grave, et l'article 1382 du code civil pourrait lui être appliqué. Ce n'est que pour des raisons sérieuses qu'il lui est permis de se retirer en prévenant le client en temps utile. Peut-être même ferait-il sagement de remettre lui-même le malade auquel il a commencé à donner des soins aux mains du confrère qui doit lui succéder lorsque les motifs qui déterminent sa retraite le lui permettent.

Le médecin qui a accepté une situation officielle ne se trouve pas tout à fait dans le même cas. Il est devenu fonctionnaire, à proprement parler, et ne saurait abandonner son poste sans que le service dont il a été chargé soit préalablement assuré. Peu importe, pour le moment, la manière dont il devra procéder. Chargé d'un service public, il ne saurait, sans encourir un blâme, laisser un seul instant ce service en souffrance, — à moins de cas de force majeure, tel que celui de maladie personnelle, par exemple. Le fonctionnaire, *quel qu'il soit,* ne s'appartient plus. Il a aliéné sa liberté ; il se doit tout entier à sa fonction.

Or, le Dr L.... peut-il être considéré comme ayant commencé à donner des soins à l'indigente dont il s'agit dans une maladie déterminée ? Peut-être. Dans tous les cas, il avait prévenu la famille de l'impossibilité où il se trouvait de répondre à son appel en raison d'affaires personnelles urgentes, et il l'avait invitée à s'adresser à un autre confrère. Devait-il faire plus et s'assurer que le confrère demandé accepterait la succession offerte ? Non, parce que : 1° au moment où il avait laissé l'indigente, elle n'était pas, à proprement parler, *une femme en couches* ayant besoin d'un secours immédiat ; 2° au moment où il est appelé de nouveau, il ne pouvait, sans examen, savoir si réellement la présence d'un médecin était indispensable et il n'avait pas pris antérieurement l'engagement d'être prêt à partir juste à l'heure où on viendrait le chercher. Il aurait tout aussi bien pu être retenu près d'une autre femme en couches, comme il se trouvait absorbé par des affaires urgentes ; 3° n'étant pas *exclusivement* chargé d'un service public, il n'avait pas à en assurer le fonctionnement ; 4° enfin, en vertu même de la liberté qui lui était laissée, l'indigent pouvait s'adresser à un troisième, à un quatrième médecin, à une sage-femme.

Reste à savoir quelle conduite devront tenir désormais les membres du syndicat vis-à-vis des indigents de la région. Jamais le corps médical français n'a marchandé son zèle et son dévoûment ; jamais il ne s'est mis en grève, et si tous les médecin de l'arrondissement de Réthel voulaient aujourd'hui se retirer sous leur tente, je suis bien certain qu'ils en sortiraient au premier appel de l'indigent qui viendrait solliciter le secours de leurs lumières. A l'indigent moins qu'au favori de la fortune, ils seraient disposés à refuser leurs conseils, et nous les en féliciterions.

Les syndicats ont autre chose à faire qu'à provoquer des grèves au bout desquelles les intérêts moraux, comme les intérêts matériels, des médecins d'une région seraient également compromis, sans compter le discrédit qui en rejaillirait sur la corporation tout entière. Mais ils doivent être pour tous leurs membres un moyen d'action puissant pour obtenir de légitimes satisfactions. Dans plu-

sieurs départements les services médicaux publics ont été remaniés sur leurs indications.

Dans un grand nombre ils ont été consultés par l'autorité administrative. Partout ils n'ont qu'a VOULOIR pour qu'il soit tenu compte, dans la mesure du possible, de leurs réclamations.

Eh bien! que nos confrères de Réthel fassent comme ceux du Loiret, par exemple. Que l'un d'eux prenne l'initiative qu'a pris notre excellent confrère et ami le Dr Gassot, et bientôt le service des indigents, comme les autres services médicaux, marcheront à la satisfaction — non pas de tous, c'est impossible, — mais du plus grand nombre.

Du reste, la question de l'organisation des services médicaux publics et notamment de l'assistance médicale des indigents, est actuellement à l'étude. Le *Concours* a donné plusieurs projets : l'*Union des Syndicats* s'en est occupée. De notre côté, nous allons publier dans le prochain numéro, le règlement des Hautes-Pyrénées que nous devons à l'obligeance du Dr Pédebidou fils, conseiller général, et qui a été élaboré sous l'inspiration de cet honorable confrère. « C'est une bien mince satisfaction donnée au corps médical de la région, dit-il, mais c'est beaucoup si on songe que tout était à faire. »

A. BARAT - DULAURIER.

NOUVELLES

Le prétendu scandale de l'hôpital des Enfants

Le journal *le Soleil* publie, dans son numéro du 10 avril, sous ce titre, UNE MONSTRUOSITÉ, l'aventure dramatique et fantaisiste d'une enfant de six ans placée par sa mère à l'Hôpital des Enfants malades pour y être traitée d'une paralysie partielle de la jambe droite. Cette enfant aurait été « profanée par un individu malade, » (certificat du Dr Le Blond) et dépravée par une surveillante qui aurait « flétri sa petite âme » en lui apprenant des refrains orduriers. Et ces actes coupables auraient été accomplis avec la complicité des internes B..... et E....., qui, pour dépister les recherches, auraient déplacé l'enfant de la salle Sainte-Thérèse à la salle Sainte-Marie, puis à la salle des Rougeoles « au milieu de petits êtres destinés à être promptement emportés par des maladies infectieuses ». Le directeur de l'Hôpital, interpellé par la mère, se serait retranché derrière la signature des médecins, et à l'Assistance publique on aurait promis à la mère de lui « rembourser tous les frais à la condition qu'elle n'ébruiterait pas cette déplorable affaire ». On aurait d'ailleurs donné un commencement de satisfaction à la mère en changeant les internes du service où se sont produites ces infamies.

Voilà le roman; voici maintenant l'histoire : la petite L... a été placée par sa mère Mlle L..., à l'Hôpital des Enfants, le 11 novembre 1887, salle Sainte-Thérèse, pour une paralysie infantile. Le 3 janvier, elle a été envoyée, dans le même service, à la salle Sainte-Marie, salle destinée aux maladies chroniques. Le 11 mars, l'enfant passe à la salle d'isolement, pour une rougeole bénigne constatée par l'interne de la salle Ste-Marie et par l'interne chargé du service des rougeoles. Entre temps, elle avait contracté une affection légère et fort commune, une vulvite. Le 13 mars, la mère emporte son enfant qui, à son avis, n'a jamais eu la rougeole. Son imagination et la légèreté d'un journaliste ont fait le reste.

A peine publié, le récit du *Soleil* a été démenti par le Dr Le Blond, par le Directeur de l'Assistance publique qui a prescrit une enquête, laquelle a démontré que toutes les accusations du *Soleil* étaient fausses ; par les internes de l'hôpital qui ont protesté avec indignation.

Ajoutons, que si les internes ont été « changés », c'est parce que, depuis ces graves événements, est survenu le 1er février, époque à laquelle s'effectue la permutation de tous les internes de nos hôpitaux.

Nous croyons savoir en outre que M. le Directeur générale de l'Assistance publique a pris en main la cause des internes et des surveillantes de l'Hôpital des Enfants-Malades et déposé une plainte entre les mains de M. le Procureur général.

M. le Directeur de l'Assistance publique a bien agi; mais nous n'attendrons pas le résultat des poursuites judiciaires, pour regretter que la grande presse se fasse si naïvement l'écho de calomnies monstrueuses. Le *Soleil*, ami des sœurs, croit l'occasion bonne de les servir en accusant une surveillante laïque et deux internes en médecine d'actes criminels. Il a grand tort et sert mal la cause qu'il défend. Si au lieu de croire aveuglément le récit d'une enfant de six ans, inconsciente ou menteuse, et d'une mère égarée, le rédacteur de ce journal eût fait une enquête sérieuse, il aurait appris que les faits qu'il raconte sont matériellement et moralement impossibles; car la surveillance dans les salles ne cesse ni jour, ni nuit, car il eût fallu la complicité non de deux, mais de trois internes, et de deux surveillantes pour la perpétration de ces faits.

Assurément, la Presse a le droit de dévoiler une infamie, quand elle la découvre, mais elle a le devoir de donner des informations sûres et sans démenti possible, quand elle attaque l'honneur des personnes. Le *Soleil* a manqué gravement à ce devoir.

(*Bulletin médical.*)

CONSEIL SUPÉRIEUR DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE.

Ont été nommés membres :

MM. Léon Béquet — Dr Blatin — Dr Bourneville — Brueyre — Caubet — Dr Cazelles — Chamberland — Dr Chautemps — de Crisenoy — Cros-Mayrevieille — Dr Dreyfus-Brissac — Charles Dupuy — Dr Gailleton — Gaufrès — Gerville Réache — Dr *Gibert* (du Havre) — Hendlé — Dr Henri Henrot — Labiche — Dr Labrousse — Sigismond Lacroix — René Laffon — Dr *Lardier* (de Rambervillers) — Lebon — Dr Levieux — Dr Magnan — Mamoz — Marbeau — Dr Marjolin — Martin Nadaud — Georges Martin — Dr A.-J. Martin — Dr Millard — Dr Mireur — Naquet — Normand — Frédéric Passy — Pichon — Benjamin Raspail — Dr Rochard — Théophile Roussel — Sabran — Jules Siegfried — Jules Simon — Dr H. Thulié — Tolain — Emile Trélat — Dr U. Trélat — Warin.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret de faire part à nos lecteurs du décès de MM. les docteurs Bontemps, de Saint-Sulpice-les Champs; Fourchet, de Chatillon-sur-Chalaronne; Réal, de Paris, membres du *Concours médical*, et de M. Yves Fichon, médecin à Erquy-les-Bains (Côtes du Nord), décédé à l'*hôpital de la Charité*, le 19 avril, des suites d'une amputation de la cuisse.

Dénué de toutes ressources, c'est grâce à l'intervention de M. le professeur *Trélat* et de M. le Dr *Barette*, son chef de clinique, notre collaborateur, que notre malheureux confrère, à peine âgé de 36 ans, a pu recevoir les soins que réclamait son état. L'issue funeste de l'opération ne laisse, à sa veuve et à ses enfants, d'autre fortune que le souvenir du bien fait par M. Yves Fichon.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU CONCOURS MÉDICAL

M. le Dr VIVIER, à Chalo-Saint-Mard (Seine-et-Oise), présenté par le docteur Surbled, de Corbeil.

M. le Dr HUBERT, à Sainte-Marie-Laumont (Calvados), présenté par le docteur Basley, de Bayeux.

Le Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André, 3

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE

Du vertige des fumeurs.

M. *Decaisne* a fait une communication à l'Académie de médecine sur ce sujet important.

Il résulte de nombreuses expériences que la nicotine fait contracter les muscles des vaisseaux. C'est à la contraction exagérée des vaisseaux de l'encéphale qu'il faut attribuer le vertige. Le malade empoisonné éprouve un sentiment de vide extrême ; il lui semble qu'il va perdre entièrement connaissance. Etranger à tout ce qui se passe autour de lui, il fait les plus grands efforts pour fixer ses idées qui s'échappent, et il ne peut y parvenir. Pendant ce temps, les mouvements sont incohérents et les organes des sens subissent les impressions les plus trompeuses. Tout semble tourner autour de lui, et, s'il ferme les yeux, tout son corps éprouve la sensation de ce tournoiement. Depuis vingt-cinq ans, M. Decaisne a observé un grand nombre de cas de vertige des fumeurs. Voici le résumé des observations.

1º Sur 63 sujets de vingt-neuf à soixante-six ans, 49 étaient âgés de cinquante à soixante-six ans.

2º Plus de la moitié présentaient, en outre, des vertiges, des troubles digestifs, des alternatives de constipation et de diarrhée, de la dyspnée, une sécrétion urinaire exagérée, des sueurs plus ou moins abondantes, de l'insomnie et des palpitations ; un tiers des intermittences du pouls et de l'angine granuleuse, quelques-uns de l'emphysème, des aphtes, de l'amblyopie, des crachements de sang, etc.

3º 37 des observations se rapportent à des fumeurs à jeun, chez qui le vertige se produisait presque toujours le matin.

4º L'apparition des vertiges coïncidait, pour le tiers des cas, avec la suppression des sueurs profuses et la diminution marquée de la sécrétion urinaire. Ce phénomène, tous les physiologistes sauront l'interpréter.

5º Quelquefois, les symptômes du vertige des fumeurs ont été confondus avec ceux de la congestion cérébrale et même des maladies du cœur. En effet, 8 des sujets soumis à l'observation de M. Decaisne ont été traités, par suite d'une erreur de diagnostic, à Paris ou en province, pour des congestions cérébrales ou des affections cardiaques, et soumis aux saignées, aux purgatifs répétés, à la digitale, aux vésicatoires pendant un temps plus ou moins long, avec aggravation considérable de leur état. Peut-être un des vertigineux, dont M. Decaisne rapporte l'histoire, a-t-il dû la mort à une saignée faite mal à propos. Il ne faut pas oublier, d'ailleurs, que dans l'intoxication nicotinique, il y a d'abord un état de contraction des vaisseaux qui produit le vertige, puis, la réaction survenant, les mêmes organes se dilatent, c'est la période de congestion.

6º Le traitement général du vertige des fumeurs consiste dans la suppression absolue du tabac, et, dans quelques cas, dans la réglementation de l'habitude. Il est bon d'y ajouter presque toujours quelques laxatifs, des bains tièdes, de la magnésie, des amers. Vingt-huit fois M. Decaisne a fait, aux malades en plein vertige, des injections hypodermiques d'éther, qui ont fait cesser le tournoiement en moins de 6 à 7 minutes ;

7º Sur les 37 sujets qui fumaient à jeun, 33 ont vu disparaître immédiatement les vertiges, en ne fumant qu'après avoir mangé.

Le microbe de la dysenterie épidémique.

MM. *Chantemesse et Widal* ont fait lire à l'Académie la note suivante par M. Cornil :

« Différents auteurs ont cherché dans l'intestin de malades, morts de dysenterie, le microbe pathogène de cette affection. Ziegler et Prior ont vu, dans les parties nécrosées de la surface de la muqueuse, une grande quantité de micrococci. Babès a coloré des bacilles, des diplocoques et des spirilles. Koch a trouvé dans les selles de dysentériques, observés en Egypte, une grande quantité de monades. Heubner a vu un bacille.

Aucun de ces savants n'a pu, à l'aide de cultures, donner la dysenterie à des animaux et apporter la preuve de la spécificité d'un microbe.

Nous avons étudié, dans le laboratoire de M. Cornil, cinq cas de dysenterie contractée dans les pays chauds. Grâce à l'obligeance des médecins de l'hôpital du Bey, nous avons pratiqué à Alger l'autopsie d'un soldat mort en pleine poussée aiguë d'une dysenterie prise au Tonkin. Chez cet homme, les lésions anatomo-pathologiques étaient caractéristiques. Dans les matières fécales pendant la vie, dans les parois du gros intestin, dans les ganglions mésentériques, dans la rate après la mort, nous avons découvert un microbe, que nous avons retrouvé également dans les selles de quatre autres dysentériques revenant du Sénégal et de Cayenne. Trois de ces malades sont actuellement en traitement à l'hôpital Broussais, et le quatrième à l'hôpital Tenon, dans le service de M Letulle. Ce microbe, que nous n'avons jamais trouvé dans les garde-robes de l'homme sain, a des caractères morphologiques et des qualités pathogènes qui nous permettent de le considérer comme spécifique.

Anatomie pathologique. — Les coupes de l'intestin provenant de notre autopsie présentaient un épaississement considérable au niveau des mem[branes] muqueuse et celluleuse. Les glandes étaie[nt en] certains points augmentées de volume et attei[ntes] de catarrhe ; en d'autres points, elles étaient co[m]abrasées. Entre les tubes glandulaires, il y a prolifération des cellules du tissu conjonctif.

La surface de la muqueuse était tapissée d'[une] grande quantité de microbes en bâtonnets. Dan[s les] culs-de-sac glandulaires, entre les tubes, les végé[ta]tions microbiennes étaient très abondantes. La me[m]brane celluleuse très épaissie et enflammée é[tait] infiltrée d'une très grande quantité de bacilles p[etits] et fins. Dans cette membrane celluleuse, dan[s les] ganglions et la rate, nous avons pris des semen[ces] qui ont donné des cultures pures d'un bâtonnet.

Microbiologie. — Ce microbe se développe ra[pi]dement sur la gélatine à la température ordin[aire]. Il se présente sous forme de bâtonnet à extrém[ités] arrondie. Il est légèrement ventru, et son diamè[tre] transversal augmente après cultures successi[ves] dans la gélatine nourricière. Il se développe dan[s le] bouillon, sur la gélose, et la pomme de terre o[ù il] donne une culture jaunâtre et sèche. Il est très mobile et se colore mal par les teintures d'anilin[e]. [Il] ne fluidifie pas la gélatine et forme, à sa surf[ace] une pellicule blanchâtre qui n'atteint jamais les [pa]rois du verre. Il croît avec une très grande éne[rgie] dans l'eau de Seine stérilisée et sa présence peut [être] décelée dans l'eau ou les matières fécales par la [mé]thode des plaques. Les colonies isolées sur plaq[ues] de gélatine prennent en effet, à une période de l[eur] développement, une apparence spéciale utile pour [le] diagnostic. Lorsqu'elles ont un volume à peine [vi]sible à l'œil nu, elles donnent à un faible gross[isse]ment l'image d'une tache claire. Un peu plus ta[rd] elles prennent une teinte jaunâtre et parais[sent] alors constituées par la réunion de deux cercles

FEUILLETON

Etude sur les caisses médicales de secours et de prévoyance,

Par le Dr Schoenfeld, de Bruxelles (*Suite*).

VIII. — GRANDE-BRETAGNE. La *Society for relief of Widows and Orphans of Medical Men* borne son action à Londres et à sa banlieue. Elle fut fondée en 1788 par un médecin et un pharmacien qui avaient entraîné 70 adhérents, dont plusieurs d'une haute situation. John Hunter, Astley Cooper, J. Abernethy, Sir Benj. Brodie, Sir James Paget et autres illustrations ont fait successivement partie du Comité.

On lit dans la préface des premiers statuts : « Le plan de l'Institution n'est pas celui d'une Caisse de Pensions, pour que les bénéfices ne puissent pas échoir à des veuves et orphelins non nécessiteux, et pour que le secours puisse être proportionné à la détresse...Les jeunes médecins seront bien aises de pouvoir, par un petit sacrifice annuel, diminuer les misères auxquelles leurs familles pourraient se trouver exposées après leur décès. Ceux qui laisseront de la fortune pourront montrer leur grati[tude] pour la profession, par laquelle cette fortune a [été] acquise, en affectant une faible part aux familles [de] leurs confrères moins heureux. Les personnes c[ha]ritables qui n'appartiennent pas au Corps Méd[ical] pourront manifester leurs sentiments d'human[ité] en soulageant ceux qui devaient s'attendre à [un] meilleur sort. » C'est de l'actualité.

Dès le début on s'efforçait d'épurer les associ[és]. « Ne peut être soumis au poll le médecin qu[i an]nonce l'usage et la vente de remèdes secrets. » [Du] reste, deux parrains doivent se porter garants [de] l'honorabilité et de la santé des personnes qui [sol]licitent l'admission.

On paie une guinée de droit d'entrée et 2 gui[nées] de cotisation annuelle pendant 25 ans. On [peut] racheter la cotisation par une somme une [fois] donnée. Les membres malades peuvent être dis[pen]sés du paiement, après 5 années d'affiliation.

Le Secrétaire se tient à la disposition des int[éres]sés, deux fois la semaine. En cas d'urgence [il] avise les visiteurs qui peuvent accorder jusqu'à [...] liv. sterling.

Pour assurer la présence des dignitaires aux [qua]tre réunions annuelles du Comité, un memb[re a] fait une fondation dont le revenu sert à payer [les] jetons de présence.

centriques : l'intérieur est plus foncé et son contour est quelque peu accidenté, l'extérieur est plus clair et sa circonférence plus régulière. A un développement plus avancé, elles perdent leur teinte jaune pour prendre un aspect blanchâtre et granuleux. Jamais le diamètre de ces colonies ne dépasse celui d'une lentille.

Nous n'avons pu encore observer la formation des spores.

Inoculation aux animaux. — Nous avons expérimenté avec des cultures pures sur le cobaye soit par l'injection buccale, soit par l'inoculation dans l'intestin, soit par l'injection intra-péritonéale.

Les cobayes nourris par la bouche avec des cultures pures paraissent pendant les premiers jours ne ressentir aucun mauvais effet de ce traitement. Si on les sacrifie au bout de huit jours, on trouve l'estomac parsemé de quelques ulcérations du volume d'une petite lentille. La première partie du gros intestin renferme des matières très liquides et contient des microbes injectés ; son diamètre est augmenté, ses parois épaissies et parsemées d'ecchymoses; les follicules clos sont atrophiés. Si l'on a pris soin d'alcaliniser l'estomac avec du carbonate de soude avant l'injection du bacille dysentéritique les lésions produites par le microbe sur la muqueuse gastrique sont beaucoup plus accentuées. Elles se présentent sous forme de larges plaques ulcérées, à contours irréguliers, recouvertes d'une fausse membrane pultacée et reposant sur des parois indurées blanchâtres, d'aspect fibreux.

L'injection intra-péritonéale fait périr les cobayes en deux ou trois jours avec péritonite, péricardite et pleurésie fibrineuse. L'examen bactériologique décèle les microbes en culture pure dans les fausses membranes et le sang.

L'inoculation intra-intestinale après la laparotomie donne les résultats les plus significatifs. Sur des animaux sacrifiés au bout de huit jours, nous avons trouvé la première partie du gros intestin très épaissie et la cavité intestinale remplie de diarrhée liquide contenant le microbe. La membrane muqueuse était gonflée, ecchymosée, ulcérée, les follicules clos étaient hypertrophiés ainsi que les ganglions mésentériques. A l'examen microscopique les lésions apparaissaient disséminées par foyers isolés les uns des autres. Les régions malades montraient un catarrhe intense des glandes intestinales. Entre les tubes glandulaires on voyait pénétrer dans l'intérieur des tuniques intestinales un grand nombre de bacilles qui allaient former des foyers entre la muqueuse et la celluleuse. Ces foyers avaient un volume variable, ils étaient surtout abondants dans les follicules clos. La semence prise au niveau de ces points donnait des cultures pures du bacille inoculé huit jours auparavant. Le foie présentait deux ou trois foyers dans lesquels le parenchyme étaient devenu jaunâtre. Sur les coupes colorées au bleu de méthylène en solution ammoniacale, on constatait une nécrose de coagulation au centre des espaces-porte, et dans les capillaires adjacents, des microbes semblables aux bacilles inoculés.

La présence du bacille que nous décrivons dans les parois intestinales, les ganglions mésentériques et les organes profonds d'un homme ayant succombé à une poussée aiguë de dysenterie, sa constatation dans les selles de cinq dysentériques, son absence dans les garde-robes de l'homme sain, les lésions qu'il fait naître dans l'intestin et les viscères du cobaye plaident en faveur de sa spécificité. »

Les secours s'accordent aux veuves dont le revenu assuré n'atteint pas 80 liv. sterling ; ils sont proportionnés aux versements faits du vivant du mari, à moins que celui-ci n'ait succombé aux fatigues et dangers de la profession. En 1884, de 3,150 liv. sterling de recette, 2,850 ont été consacrées à secourir 64 veuves et 9 orphelins.

Les dons, legs et les paiements des membres à vie forment un capital inaliénable qui dépasse actuellement deux millions de francs. Malheureusement le nombre des affiliés n'augmente pas : de 366 il est descendu en 1886 à 355, dont presque la moitié sont membres à vie. Mais les dons abondent ; je vois parmi eux une souscription versée annuellement depuis 1819, par la Société Royale de pharmaciens. De 1791 jusqu'en 1885, la Société a reçu pour 550,000 francs de legs.

Le *British Medical Benevolent Fund* a été créé en 1836 sous la dénomination de *Ben. Fund of the Provincial Medical and Surgical Association.* Elle a reçu l'aide morale et matérielle de la *British Medical Association* (1), mais son essor date de la présidence de Sir James Clarke (1851-1870).

En 1885, on a payé 55 pensions de 250 à 650 francs et l'on a secouru 160 cas de détresse (plus de 45,000 francs). Le rapport ne donne aucun nom, mais relate les faits navrants qui ont déterminé le Comité à allouer des secours.

Le total des recettes a été de 83,000 francs pour le département des Secours, dont la comptabilité est distincte de celui des Pensions.

Parmi les libéralités (dont un grand nombre proviennent de personnes étrangères aux professions médicales), je relève plusieurs legs de 12,500 francs, un de 75,000 francs d'une Miss Browne, de 150,000 francs d'un John Hine. Leur import total dépasse 475,000 francs. L'une des anciennes gildes, la Compagnie des Apothicaires, a fait un don de 5,100 francs ; un propriétaire en Australie a envoyé 7,500 francs, un médecin anglais de Cannes 4,250 francs, la Société médicale de Sydenham 2,600 francs ; Sir William Gull, Sir James Paget et deux autres dignitaires de l'Association ont donné ensemble près de 30,000 francs, Sir Richard Wallace 6,500 francs, un John Winter, 250,000 francs !

Army Medical officers Benevolent Society, fondée en 1820, siégant à l'Hôpital Royal de Chelsea,

(1) Cette Association, qui tient ses séances annuelles successivement dans les principales villes de l'Angleterre, fut fondée en 1832 par 320 médecins. Leur nombre s'est accru successivement jusqu'à 6,000 membres.

Les colonies scolaires.

M. le Dr E. *Blayac*, médecin inspecteur des établissements scolaires de la ville de Paris, avait organisé une colonie scolaire sur laquelle M. J. Rochard a fait un rapport très favorable et très élogieux à l'Académie. Nous extrayons quelques passages de l'étude que notre confrère avait publiée à ce sujet :

« Depuis trois ou quatre ans, plusieurs arrondissements de Paris, suivant en cela l'exemple de la Belgique, de la Suisse, de l'Italie, etc., ont institué des *Colonies scolaires* de vacances pour un certain nombre d'enfants chétifs des écoles primaires. Les premiers essais ont eu lieu dans le neuvième arrondissement, sur l'initiative de M. Cottinet, et les résultats ont été si satisfaisants que l'idée a fait du chemin.

Cette année (1887), presque tous les arrondissements, sinon tous, ont eu leur colonie scolaire. Quelques-uns ont affecté à ces colonies les sommes destinées aux *Voyages des vacances*. Les Caisses des écoles ont aussi contribué à une part des dépenses.

On sait ce que sont les voyages des vacances, offerts par la ville de Paris à un nombre très limité d'élèves méritants de ses écoles primaires. Ils consistent en excursions, sous la direction d'un maître, dans une région donnée dont on doit visiter les principaux sites, les usines, les monuments, les musées, etc. L'idée paraît excellente en théorie, en ce sens qu'il semble que de bons élèves doivent retirer un grand bénéfice, au point de vue de leur instruction, au point de vue même de leur avenir, de toutes les choses qu'on leur montre. En pratique, elle présente bien peu d'avantages.

En premier lieu, le nombre des élus est forcément restreint, étant données les dépenses que les voyages entraînent ; c'est ainsi que, sur 145,000 élè[ves] environ de la ville de Paris, quelques centaines se[u]lement peuvent être appelés à profiter de cette r[é]compense.

En second lieu, il faut noter que les plus âgés [de] ces élèves ont treize ans. Les déplacements journa[liers] qu'exigent de longues excursions, une obse[r]vation toujours attentive, produisent un véritab[le] surmenage, et, de plus, il est reconnu que bien pe[u] de ces enfants sont en état de sentir, de comprend[re] les beautés de la nature, de s'intéresser à la techn[i]que d'une industrie, à l'histoire et à l'architectu[re] d'un monument.

Aussi ces voyages doivent-ils être réservés au[x] élèves des Ecoles supérieures.

Le système des colonies scolaires, qui peut s'ap[pliquer] à un plus grand nombre d'enfants, est b[eaucoup] préférable pour nos écoles primaires.

En voici la définition :

« Les colonies de vacances sont une institution d'hygiène préventive au profit des enfants débi[les] des écoles primaires, des plus pauvres entre les dé[biles] des écoles primaires, des plus méritants en[tre] les plus pauvres.

» Elle n'admettent pas de malades.

» Elles ne sont pas une récompense.

» Leur objet est une cure d'air aidée par l'exercice naturel en pleine campagne, par la propreté, l[a] bonne nourriture, la gaieté. » . . . .

« Les élus se sont adjoints un médecin inspecteur, ou l'un de ceux qui siègent à la Commission d'hygiène de l'arrondissement.

» Par le soin du docteur, une feuille d'état sanitaire sera ouverte à chaque enfant ; au retour, après examen, on y consignera les différences constatées.......

» Au départ, comme au retour, les colons sero[nt]

---

dispose de 20,000 francs de revenu qui servent à entretenir 20 à 25 orphelins délaissés par des médecins militaires.

Society for the benefit of the Widows and Orphans of hospital and regimental Staff of her Majesty's Navy, fondée en 1816 ; possède près de 2 millions de francs.

Royal Medical Benevolent College, à Epsom (Surrey), créé, en 1855, par les efforts du Dr Propert, sert à différents buts charitables. C'est un asile pour 50 vieux médecins, âgés d'au moins 60 ans et jouissant de moins de 60 liv. sterling de revenu. C'est surtout une maison d'éducation pour 50 boursiers, fils de médecins peu aisés, pour 158 pensionnaires payants, la plupart fils de médecins (ceux-ci jouissent d'une réduction : 50 liv. au lieu de 70 liv.), et pour un certain nombre d'externes, enfants de bonnes familles. On y fait d'excellentes études préparatoires aux Universités. L'Association dispose en outre de bourses spéciales pour filles de médecins et pour d'anciens élèves d'Epsom qui étudient la médecine.

On avait réuni un capital de 675,000 francs pour l'érection de cet établissement, inauguré en grande pompe par le Prince Consort et son fils, le Prince de Galles. L'acte d'incorporation autorise les fidéicommissaires de quelques anciennes sociétés médicales éteintes (dont l'une, celle de Surrey, possédait encore 150,000 francs) à verser leurs reliquats dans la nouvelle œuvre.

Le capital de réserve s'élevait, en 1885, à 18,0[00] liv. sterling. Les souscriptions avaient rapporté 2,950 liv. sterling, les legs, donations 2,600 liv. sterling, les minervalles des pensionnaires 7,510 liv. sterling, ensemble plus de 325,000 francs.

En 1886, au dîner officiel organisé dans un but de collecte, 100,000 *francs furent souscrits* dont les 3/4 par les efforts personnels du président Sir Andrew Clarke (1).

(1) Il est d'usage en Angleterre que les Associations organisent des banquets spéciaux pour réunir des souscriptions. Celui de la *Society for relief of Widows* ..... a lieu aux frais personnels du Comité. Celui de l'Association pharmaceutique a récolté 40,00[0] francs en 1875 ou 1876.

Les Anglais aisés (dont chacun a son budget de charité) vont aux réunions charitables qui les intéressent, ou ils envoient leur offrande. La Société du *Hospital Sunday Fund* (fondée en 1872 et reconnue) fait une fois par an un dimanche, dans toutes les églises de Londres, une collecte en faveur des hôpitaux de la métropole. Elle a réuni, en 1885, la somme de 35,000 l. st., en 1886 plus d'*un million de francs* (40,400 l. st.), partagés entre 154 hôpitaux et dispensaires. Une S[…]

exactement mesurés et pesés. Avec la hauteur de la taille, on mesurera la circonférence du thorax. »

Voici l'idée qui devait guider les directeurs et les directrices dans le choix des colons.

« Il arrive souvent, leur ont dit les initiateurs, que les bons élèves sont des enfants chétifs, maigres, énervés, qu'un séjour à la campagne ou sur le bord de la mer peut fortifier ; envoyez-nous donc vos deux meilleurs élèves. Faire partie de la colonie, ce sera une récompense accordée au travail, aux efforts de ces enfants. »

Mais le choix n'a pas été uniformément guidé par la même pensée ; nous ajouterons qu'il est regrettable que, dans chaque école, le médecin inspecteur n'ait pas été désigné pour ratifier le choix et même pour contribuer à établir la sélection.

Le 10 août, la colonie partait pour Maxéville, petite localité près de Nancy, admirablement située sur un coteau, à la lisière de grands bois.

Dès le retour, qui a eu lieu le 1er septembre, on procédait aux mensurations convenues et la feuille sanitaire était mise au courant. Mêmes opérations, quelques jours après la rentrée des classes, le 6 octobre.

Toutes les élèves, sans exception, ont gagné en poids. L'impulsion donnée à la croissance et à la santé se continue dans le mois suivant et avec une grande énergie. Le plus grand nombre, en effet, un mois après la cure d'air, a presque atteint le chiffre que les tableaux anthropométriques de Quételet et Pagliani accordent à des enfants du même âge comme augmentation moyenne annuelle.

Mais ce que les chiffres ne peuvent traduire, c'est la bonne mine des enfants ; le teint s'est coloré, les yeux sont clairs et vifs, les muscles sont raffermis, l'expression respire la santé, le bien-être, la satisfaction. L'anémie a disparu.

Détail qui a bien son importance ; chaque élève, tous frais compris, a coûté par jour 3 fr. 50 c. à la colonie.

En résumé, la colonie de Maxéville a donné des résultats très satisfaisants qui concordent avec les observations déjà faites.

A Maxéville, nos enfants ont rencontré d'excellentes conditions hygiéniques : propreté, bonne alimentation, excursions sous bois et dans les champs, distractions variées. Il est regrettable que la cure d'air n'ait pas été complétée par un traitement hydrothérapique (bains et douches).

Toutes les élèves, sans exception, ont retiré un bénéfice du séjour à la colonie, nous l'avons constaté par les résultats anthropométriques. Dans trois cas, un effet curatif s'ajoute à l'accroissement.

Une fois de plus se trouve vérifiée cette conclusion des travaux de Quételet, Pagliani, Dally : « Toutes les circonstances de milieu, l'alimentation, l'exercice, le climat, etc., peuvent modifier la marche de la croissance avec d'autant plus d'intensité, que les individus sont éloignés de leur développement final. »

MÉDECINE PRATIQUE

La chlorose et les fausses chloroses.

Il arrive à bon nombre de médecins de porter un peu trop légèrement le diagnostic de chlorose et de se tenir pour satisfaits après avoir délivré une ordonnance à base de fer et de vin de quinquina. La chlorose vraie est pourtant moins fréquente qu'on ne pense, et, si l'on savait mieux dépister les anémies symptomatiques, on aurait recours à des thérapeutiques moins martiales, mais plus variées et surtout plus efficaces.

Medical Sickness and Life Assuranc et Sociey proposée dans un meeting médical à Liverpool et enregistrée comme Société de secours mutuels à Belfast en 1884. Elle comprend les médecins et les *licenciés en chirurgie dentaire.*

On peut choisir parmi différents modes d'assurances : indemnité en cas de maladie (20 fr. payés tous les 3 mois donnent droit à 50 fr. par semaine, durant 6 mois, puis à la moitié) ; rente viagère à 65 ans ; capital à payer aux ayants droit, en cas de décès. Les souscripteurs peuvent s'assurer pour une double part. — Les primes sont calculées pour chaque éventualité, variables suivant l'âge et la somme assurée.

L'administration est fort économique, et tous les 6 mois, les comptes sont examinés par un actuaire public. — Les affiliés, d'abord au nombre de 400, atteignent actuellement un chiffre double.

Pendant le premier trimestre 1886, le fonds de maladie avait reçu 9000 l. st. et avait payé 261 l. à 24 membres. Durant la même période de 1887, on a payé 387 l. contre 1211 l. st. reçues. La réserve des fonds de maladie s'élevait à 8,000 l. st. et le fonds total à 16,000 l. st.

ciété auxiliaire, *Hospital Saturday Fund* s'adresse dans le même but aux commis, domestiques, artisans, en faveur desquels elle a érigé un asile de convalescence à St. Margarets. Bay. Elle a réuni 200,000 francs en 1885.

La *Pharmaceutical Society of Great-Britain* s'occupe de science, de protection et de secours. Fondée en 1841, reconnue en 1843, elle se trouve investie par les Pharmacy Arts de 1852 et de 1868 de droits étendus et de grands devoirs. C'est une Institution officielle qui surveille l'exercice de la Pharmacie en Angleterre et en Ecosse et qui procède aux examens pharmaceutiques. Son secrétaire est Registrar officiel.

Les statuts extrêmement détaillés ont été adoptés en 1869 et immédiatement approuvés par 15 Conseil privé. — Les membres anciens (antérieure à 1862) paient une guinée par an, rachetable par 5 guinées ; les autres paient 2 guinées d'entrée et ne deviennent membres à vie que par le versement de 20 guinées.

Le fonds de bienfaisance (secours, pensions, exceptionnellement des prêts) dépasse 450,000 francs ; les fondations pour études, prix, etc., s'élèvent à 650,000 fr., et les fonds généraux à plus d'un demi-million. En 1885, le fonds de bienfaisance a reçu 2,500 l. st., qui ont servi à 62 secours et à 45 pensions de 30 à 35 l. st. — Des 14,000 pharmaciens

Pour notre part, au lieu de nous hâter de conclure à la chlorose dès qu'une jeune fille ou femme pâle ou jaunâtre nous a énuméré le bilan de ses misères (palpitations, essoufflements, troubles digestifs, faiblesse croissante, névralgies), nous commençons par écarter cette conclusion. Nous cherchons de parti-pris quelque lésion organique d'où puissent dépendre tous ces symptômes d'anémie, et ce n'est qu'après avoir minutieusement inspecté tous les organes et appareils avec toutes les ressources de la clinique, et si cet examen est négatif, que nous nous rabattons sur la chlorose pure et simple : c'est un diagnostic qu'il ne faut accepter que par exclusion. Cela ne vaut-il pas mieux que de suivre la marche inverse et, comme les médecins dont nous parlions, de s'avouer, après plusieurs semaines ou même plusieurs mois de médication ferrugineuse impuissante, qu'on a fait fausse route et qu'il y avait quelque anguille sous roche.

I

En réalité, il faut réduire à deux modalités la chlorose simple, la *chlorose de la puberté*, d'une durée plus ou moins prolongée ; mais, en somme, passagère et qui, une fois guérie, l'est définitivement ; la *chlorose à rechûtes*, sorte de tempérament morbide, qui, ainsi que l'a montré M. Potain, reconnaît l'hérédité pour principal facteur, qui débute avec la puberté, cède momentanément à la thérapeutique, mais pour reparaître plus tard à l'occasion d'un mariage, de la grossesse, de la ménopause, en suivant la malade à travers tous les incidents de sa vie.

Des deux modalités précédentes, il n'y a pas lieu de rapprocher cette chlorose, qu'on peut dire constitutionnelle, qui débute dès l'enfance, forme rare, et qui est, comme l'a montré Virchow, en relation avec une étroitesse congénitale de l'aorte. C'est là déjà une fausse chlorose, puisqu'elle est symptomatique d'une lésion de l'appareil circulatoire, symptomatique au même titre que l'anémie qui découle d'une affection de l'estomac ou de l'utérus.

Que savons-nous de la *nature* de la CHLOROSE VRAIE ? Nous savons que c'est une altération du sang, une lésion hématique, et même beaucoup d'obscurités planent sur l'essence précise de cette altération, malgré les recherches histologiques et chimiques contemporaines.

Nous sommes encore moins avancés sur sa *cause*, et il faut ramener à quatre groupes les opinions émises à cet égard. La plus ancienne, qui remonte à Hippocrate et à Galien, qu'adoptait A. Paré, que parmi les modernes ont patronnée Beau, Trousseau, Moutard-Martin, Virchow, Frankel, invoque un développement incomplet et anomal des organes génitaux, une *aplasie utérine*. Frankel a trouvé une autopsie qui lui semblait justifier cette manière de voir. Mais combien de chloroses où pareille cause n'existe pas !

Sydenham faisait découler la chlorose de l'*hystérie*; c'est une opinion qui s'appuie sur l'existence de troubles nerveux très accentués dans certaines chloroses, et sur l'anémie de beaucoup d'hystériques ; l'expression de *chloro-hystérie* caractérise cette combinaison de la névrose et de l'anémie. Trousseau adoptait une opinion mixte ; l'influence du système nerveux lui semblait grande dans la chlorose.

La troisième théorie pathogénique est celle qui fait tout découler des troubles de la composition du sang, de la *dyscrasie*. Il y a prédominance de la partie aqueuse, disaient Stoll et Boerhaave. Dans notre siècle, avec Andral et Gavarret, les recherches physiques et chimiques permettent des affirmations plus précises ; on pèse séparément les globules et le sérum ; on conclut à la diminution de la masse globulaire.

---

et droguistes de l'Angleterre, 5,000 sont entrés dans l'Association ; mais 1,700 seulement souscrivent au fonds de charité.

La *Royal Medical Benevolent Society of Ireland* date de 1842. Quoique divisée en 41 branches auxiliaires (dont plusieurs aux Indes), elle ne compte que quelques centaines de membres. D'après le rapport de 1876, elle possédait 17,000 l. st., dont 6,000 l. léguées par Richard Carmichaël et 1,000 l. par son fondateur, le Dr Kingsley. Les professeurs Stokes et Graves figurent parmi les bienfaiteurs. — Les recettes s'étaient élevées à 2,080 l., qui ont servi à satisfaire à 92 demandes de secours ou de pension.

Le *Widows' Funds of the Faculty of Physicians and Surgeons* existe à Glasgow depuis 1792. Réorganisé en 1844, il possédait en 1876 un avoir de 610.000 francs, appartenant à 45 membres.

Il existe un *Royal College of Veterinary Surgeons of Great-Britain* ; mais je n'ai pu savoir si une Caisse de secours s'y trouve annexée.

La Grande-Bretagne compte plus de 30,000 Associations de prévoyance et de charité, *toutes enregistrées*. Elles sont reconnues de plein droit, dès qu'elles se font enregistrer sous la loi sur les Friendly Societies. Un assez grand nombre acquièrent la personnification civile, avec des privilèges spéciaux, par Acte du Parlement ou par Charte royale.

Elles sollicitent et reçoivent des legs, comme une affaire d'habitude ; presque tous les statuts sont accompagnés de formules *ad hoc*, dans lesquelles on rappelle que le *Mort main statute* défend de léguer des terres ou des maisons dans un but charitable.

Ces associations ne reçoivent généralement que des membres bien notés ; beaucoup déclarent formellement ne pas vouloir venir en aide à l'imprévoyance, ni au vice. Ce qui frappe dans leur organisation, c'est la netteté et la spécialisation du but, dont les gérants et les *trustees* (fidéi-commissaires) ne dévient jamais.

Les sommités de la profession entrent généralement dans les Comités. La Reine ou le Prince de Galles se trouvent le plus souvent en tête des généreux Protecteurs, ce qui entraîne la participation des membres de l'aristocratie.

Les donataires sont stimulés par une part proportionnelle d'influence dans le choix des bénéficiaires. Dans telle société médicale, deviennent membres à vie du Comité même ceux qui collectent une somme stipulée.

En 1867, avec Duncan, on commence à faire la numération des globules. Avec Potain, Malassez, Hayem, l'étude micrographique est poussée plus avant. Malheureusement les résultats obtenus sont contradictoires. Si la numération montre quelquefois une diminution du nombre des globules, il n'en est pas toujours ainsi : on admet maintenant que leur nombre peut être normal, augmenté même. Malassez pensa que les dimensions des globules sont modifiées ; il y aurait une augmentation de volume, macrocythémie, tandis que dans le cancer on observerait de la microcythémie. M. Hayem n'a pas confirmé cette manière de voir ; il n'attache aucune importance à la forme, ni à la dimension des globules dans la chlorose. On trouve chez les chlorotiques des globules géants et des globules nains. C'est là un caractère commun à toutes les anémies ; toutes les fois que le sang est en évolution, en voie de destruction et de réparation, il n'y a pas de fixité organique dans les caractères objectifs des globules.

Les recherches colorimétriques ont eu plus d'importance en montrant que le pouvoir colorant du sang diminue dans la chlorose ; or, la matière colorante étant l'hémoglobine des hématies, on s'est trouvé conduit à localiser dans le globule rouge et en particulier dans son hémoglobine l'altération capitale.

M. Quinquaud a poussé cette étude avec une précision particulière ; ses analyses chimiques ont montré qu'il n'y a pas d'altération notable du sérum ; mais le dosage de l'hémoglobine par le procédé de Schutzemberger, avec une solution titrée d'hydrosulfite de soude, prouve que chez la chlorotique on ne trouve que 30 à 70 pour 1000 d'hémoglobine, alors qu'à l'état normal il y en a 110 environ ; or comme c'est à l'hémoglobine qu'est dévolue la fonction respiratoire, la fixation de l'oxygène, on comprend l'insuffisance de l'hématose par appauvrissement d'hémoglobine. Si on ajoute que l'hémoglobine très diluée laisse passer les rayons verts, on s'explique le reflet verdâtre que prend la peau des chlorotiques. Mais cette altération se trouve à un degré moindre dans toute anémie et là n'est pas encore l'explication de cette anémie particulière.

On a poussé plus loin l'examen de la fonction hémoglobinique, puisqu'avec les procédés d'hématoscopie de M. Hénocque, on peut examiner et calculer sur l'ongle de la malade l'activité réductrice du sang.

Gubler et A. Robin ont donné par l'examen des urines une preuve indirecte de la destruction de l'hémoglobine du sang en y montrant l'augmentation de la matière chromatogène, l'urohématine, que fait apparaître l'addition d'acide nitrique sous forme d'une zone rougeâtre plus ou moins étendue. M. Robin ajoute que les urines sont tantôt noires et épaisses, plus souvent abondantes et claires, pauvres en urée et en phosphates ; que le coefficient de l'azote total est tantôt augmenté, tantôt diminué ; qu'il existe soit une insuffisance d'assimilation, soit un excès de dépense. On a trouvé moins de potasse et moins de chlorures dans le sang.

En somme, toutes ces recherches faites ont amené à connaître de mieux en mieux l'altération du sang dans les anémies, mais ne nous ont pas donné le secret de la chlorose et G. Sée a toujours le droit de conserver la formule vague qu'il a donnée il y a 20 ans, en disant que c'est une maladie liée à l'évolution de l'organisme et que la chlorose ne se distingue des autres anémies que par sa marche et les conditions d'âge.

II

Puisque l'hématoscopie ne nous permet pas de porter d'autre diagnostic que celui d'anémie, c'est donc uniquement, ainsi que je le disais, par l'examen attentif de tous les organes que nous pouvons légitimement arriver à conclure que cette anémie est purement une chlorose, et ce que nous devons chercher à dépister, c'est la fausse chlorose.

La première des FAUSSES CHLOROSES est celle qu'ont fait connaître Rokitansky, Bamberger et Virchow, et dont ce dernier a trouvé 10 observations avec autopsie, c'est l'aortis chlorotica, *l'étroitesse congénitale de l'aorte et du système vasculaire* au lieu du pouce ; l'aorte dans ces cas peut n'admettre que le petit doigt ; au lieu de mesurer 70 millimètres de circonférence à son origine, elle n'en mesure que 40 à 55. On a noté la minceur de sa paroi, comme celle des artères qu'avait vue aussi Bouillaud. On peut aussi trouver le cœur ou incomplètement développé ou hypertrophié ; dans ce dernier cas, l'hypertrophie cardiaque paraît dépendre de l'importance de la masse du sang à mouvoir.

Ainsi, il y a des chlorotiques qui ont des altérations organiques du système circulatoire, et en dehors de l'angustie aortique que nous ne pouvons connaître du vivant des malades, il est capital de saisir l'existence d'une *altération cardiaque*. M. Potain a beaucoup insisté sur l'étude des phénomènes cardiaques chez les chlorotiques, et c'est une étude des plus difficiles. Sur 10 chlorotiques, 8 se plaignent du cœur : (chez elles, en dehors de cette prétendue *douleur au cœur* qui n'est qu'une névralgie intercostale du 4e ou 5e espace ou en dehors d'une hypéresthésie généralisée de la paroi rendant douloureux le choc de la pointe, on trouve presque toujours des palpitations, et on peut entendre des bruits de souffle un peu partout, à la base, à la pointe, derrière le sternum. La constatation de ces souffles est moins grave que celle des altérations du rhythme cardiaque.

La plus importante des lésions orificielles à rechercher est le *rétrécissement mitral latent* que décèlent un ronflement diastolique, ou le renforcement roulant de la présystole avec dédoublement du second bruit à la base : ce rhythme particulier ne se rencontre pas dans la chlorose sans altération organique de l'orifice mitral. — On ne méconnaîtra pas l'*insuffisance aortique*, qui détermine plutôt la pâleur que la teinte jaunâtre des téguments et qui, outre son souffle diastolique prolongé, aspiratif, entendu à la partie moyenne du sternum, a son cortège de battements des artères du cou, de pouls bondissant et rétrocédant, de double souffle crural et quelquefois de pouls capillaire visible. Le *rétrécissement aortique* est fort insidieux : les ca-

ractères acoustiques de son bruit de souffle n'offrent guère de ressource au point de vue du diagnostic avec un souffle anémique du même siège (2e espace intercostal, au bord droit du sternum). Toutefois sa fixité, sa constance et le peu de retentissement sur l'état général des malades diffèrent de la mobilité des bruits qu'on entend dans la région précordiale chez les simples anémiques, qui ont d'ailleurs tout leur cortège de troubles nerveux, dyspeptiques, et leur bruit de diable dans les vaisseaux du cou.

L'*insuffisance mitrale* prête moins à la confusion à cause du facies tout différent des malades et de la propagation particulière du bruit de souffle vers l'aisselle. Cependant, s'il est vrai que, chez les anémiques, il puisse se produire des insuffisances valvulaires fonctionnelles et passagères, certains souffles de la pointe acquièrent vraiment chez eux la valeur de souffles mitraux.

La distinction entre les bruits cardiaques de l'anémie et les *bruits extra-cardiaques* engendrés dans la lame pulmonaire précordiale, a été, comme on sait, la préoccupation de M. Potain, qui a fixé quelques-uns de leurs caractères différentiels. Les bruits *extra-cardiaques* ne se propagent pas, ils meurent sur place ; ils ne coïncident pas exactement avec la systole, avec le choc de la pointe (ils sont *mésosystoliques*); ils ne siègent pas au niveau des foyers d'auscultation ordinaires, soit de la pointe, soit de la base, c'est à la partie moyenne de la région précordiale, vers le 3e espace qu'on les perçoit (ils sont *médiò-cardiaques*).

III

Passons à une autre forme de fausse chlorose, l'*anémie précoce de certains tuberculeux*, précisément dans l'âge où l'on voit survenir la chlorose. C'est chaque jour que ce diagnostic est à faire, et on doit à M. Grancher d'avoir précisé la méthode d'auscultation qui permet de résoudre le problème. Il y a des malades qui ne toussent pas, qui n'ont pas de fièvre, qui ne maigrissent que très peu, mais qui ont une pâleur d'anémiques, quelquefois un peu d'essoufflement. Il faut savoir bien examiner leurs poumons ; la palpation et la percussion peuvent ne donner aucun signe inquiétant ; c'est à l'auscultation seule qu'il faut demander la solution du problème. On doit attacher beaucoup plus d'importance à l'inspiration qu'à l'expiration pour ce diagnostic très précoce ; quand il existe une prolongation de l'expiration, c'est qu'une induration déjà étendue du sommet du poumon s'est produite, induration que la percussion peut déceler aussi, mais alors la thérapeutique a beaucoup moins de prise. On doit donc s'exercer à ausculter séparément l'inspiration ; après avoir montré au malade à respirer régulièrement, mais sans faire de bruit avec sa bouche, on recherche le type normal de l'inspiration de l'individu qu'on examine ; pour cela il convient d'ausculter d'abord la partie moyenne des poumons en arrière ; un murmure inspiratoire physiologique doit être doux, moëlleux, caressant pour l'oreille, dit M. Grancher. Puis, ayant dans l'oreille ces caractères, transportons-nous aux sommets en avant et en arrière, portons alternativement l'oreille à droite et à gauche en comparant les deux inspirations homologues, abstraction faite de l'expiration. Si nous trouvons, d'un côté, d'une façon constante, après plusieurs examens faits à quelque intervalle, une inspiration faible, rude et basse, il y a de quoi nous conduire au diagnostic de *chloro-tuberculose*.

Pour la recherche des bacilles, il n'y faut pas songer ; on ne trouve de bacilles dans les crachats que quand les tubercules ont commencé à se ramollir et à s'ulcérer. Ces fausses chlorotiques ne crachent pas et ne toussent pas, bien qu'elles aient des tubercules minuscules, trop disséminés pour faire masse et modifier la percussion ou les vibrations, répartis cependant à l'entrée des infundibula ou aux extrémités des bronches en quantité suffisante pour altérer le moëlleux du murmure respiratoire. Ce sont sans doute des nuances qui réclament une oreille exercée, mais qui sont si importantes au point de vue des conséquences thérapeutiques, quand on est arrivé à les saisir, qu'on est coupable de ne pas s'y exercer ; car la tuberculose pulmonaire, presque incurable au 3e degré, si difficilement curable au 2e, est au contraire, en règle générale, curable au premier degré, à la première étape de ce premier degré. Nous reviendrons sur ce point ultérieurement.

(*A suivre.*) P. Le Gendre.

TRAVAUX ORIGINAUX

Sur la Galvanisation en Gynécologie. De l'utilité et de l'innocuité des hautes intensités.

Lecture faite à l'Académie de Médecine, le 3 avril 1888, par le Dr G. Apostoli.

La note lue le 10 janvier, à l'Académie, par mon ancien élève, le Dr Danion, qui vise ma méthode et mes travaux, est fausse dans l'esprit et dans la lettre.

1° Fausse, en attribuant à mon ami Tripier, auquel les mérites ne manquent pas, une paternité qui ne lui appartient pas, car Tripier, lui-même avait conclu textuellement du petit nombre d'essais tout à fait sommaires et incomplets du reste, auquel il s'était livré dans la galvanisation des fibrômes, qu'ils ne prouvaient *rien ou presque rien*(1).

2° Fausse, en ne voulant pas reconnaître que si on a fait avant moi (voir Cutter, Semeleder, Ciniselli, Amboni, Aimé Martin, etc..) des essais empiriques, incomplets, sans dosage, sans technique et sans méthode, de galvanisation des fibrômes utérins, personne (sauf Danion) ne me conteste plus la priorité d'avoir créé une méthode nouvelle et complète : *nouvelle*, en embrassant dans sa sphère d'action le traitement des fibrômes, des métrites et endométrites, des périmétrites, etc.

Complète, par les règles que j'ai formulées, qui comprennent :

a. — Soit la localisation sur *toute* la muqueuse intra-utérine, soit la galvano-puncture périphérique vaginale ;

b. — Les indications différentes et précises de *chaque* pôle ;

c. — La fixation de l'échelle des intensités appliquées dans chaque cas, et variant de 20 à 250 milliampères ;

(1) *Leçons cliniques sur les maladies des femmes*, par le Dr Tripier. — Paris 1883. — pages 221 à 229.

d. — La détermination exacte de la durée, du nombre et du moment des séances;

e. — L'adaptation d'un moyen nouveau pour assurer la tolérance complète; etc.

3° Fausse, en ne voulant pas admettre que j'ai formulé le premier, d'une façon exacte, l'indication variable des basses, moyennes, hautes et très hautes intensités, que j'ai fait suivre de ma statistique complète qui comprenait, il y a six mois, plus de cinq mille applications qui se répartissaient sur plus de quatre cents malades (1), et fausse également en m'attribuant, à tort, l'emploi exclusif, aveugle, non judicieux et constant des intensités de 200 et de 250 milliampères.

4° Fausse, en croyant que les congestions qu'il a vues se produire expérimentalement dans le tissu cellulaire ou musculaire du lapin, sont identiques dans l'utérus humain qui supporte tout ce qui est bien fait, depuis le curage chirurgical, jusqu'au curage galvano-chimique que j'ai fondé.

5° Fausse, en prétendant que les hautes intensités en gynécologie sont toujours *dangereuses*; or elles ne le sont que dans des mains inexpérimentées ou non aseptiques, et qui ne se conforment pas strictement aux règles que j'ai formulées et que je résume ainsi :

a. — Ne jamais appliquer des doses massives d'emblée, mais toujours progressivement et au fur et à mesure de la tolérance de l'utérus.

b. — Dans toute inflammation présumée ou reconnue des annexes de l'utérus, n'employer que de faibles doses.

6° Fausse enfin est la note de M. Danion en affirmant que les hautes intensités sont *inutiles*, alors que le témoignage de tous les très nombreux gynécologues qui, de tous les côtés, ont expérimenté ma méthode dans toute son intégrité lui sont constamment favorables, ainsi que l'a dit, il y a un mois, l'illustre Thomas Keith, d'Edimbourg, qui vient de traiter plus de 100 malades, et faire plus de 1,200 *applications* de mon traitement avec un succès constant (2).

Si tel ou tel dosage, dans un cas donné, a son indication et son utilité, il est évident, d'un autre côté, que, toutes choses égales d'ailleurs, l'effet thérapeutique grandit avec l'intensité électrique utilisée, aussi on ne saurait prétendre que les petites intensités suffisent à tous les cas, car la clinique nous apprend que partout où elles échouent, et les cas en sont très fréquents, les hautes, si elles sont bien appliquées, réussissent constamment.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

II. Prescription des honoraires

« Il n'y a point de prescription contre la vérité. »
(DE CHOISEUL.)

J'avais, durant plusieurs années consécutives, donné des soins à un de mes anciens clients et amis, décédé en janvier 1887, pour trois affections chroniques, également consécutives, et j'avais motivé, dans ce sens, et présenté, avant date obituaire, la note de mes honoraires à son légataire universel.

(1) Voir le *Bulletin général thérapeutique* du 15 août et du 30 septembre 1887, et mon mémoire sur un nouveau traitement de la métrite chronique et de l'endométrite. — Paris 1886.

(2) Voir le *British medical Journal* du 10 décembre 1887.

Celui-ci garda un silence obstiné. Bien que le chiffre de ma créance excédât la somme dont connaît le juge de paix, je crus d'abord, dans une tentative de conciliation, devoir en référer à sa juridiction.

Mon débiteur ne fit consigner, au plumitif, que la reconnaissance des frais de dernière maladie.

Force fut, en l'espèce, comme on dit au palais, de m'adresser à un avocat, et le hasard — quelle coïncidence ! — me fit choisir un licencié en droit, qu'il venait de consulter avant moi.

Cet homme de loi, sous l'apparence d'une impartiale neutralité, ne se montra pas, en réalité, tout à fait digne de ce nom. A l'héritier de mon client, il conseilla, me dit-il, de ne consulter que sa conscience et sa bonne foi, dans l'exécution de ses obligations ; à moi, il avoua que ma note, bien que spécifiant trois maladies successives, dans une période de plusieurs années de traitement, donnait lieu à trois créances distinctes, et qu'il ne pouvait plaider mes intérêts, en présence des articles 2272, 2273, 2274 et 2275, sur le dernier desquels il glissa rapidement, beaucoup trop rapidement.

Or, voyons ce que dit le code civil, pour ces cas de prescription. L'art. 2272 fixe à *un an* l'action des médecins, c'est-à-dire nous assimile aux huissiers, aux marchands, aux maîtres de pension et même aux domestiques. Je m'y étais conformé, puisque ma note était antérieure à *l'expiration* du délai légal.

L'art. 2273 traite mieux les gens de procédure, qui ont déjà, sous la main, tous les moyens d'assurer leurs honoraires. Il leur accorde *deux ans* et même *cinq ans*, pour les *affaires non-terminées*, et je ne le mentionne que comme terme de comparaison avec mon cas.

L'art. 2274 porte que la prescription continue, quoiqu'il y ait *continuation de services et de travaux* et qu'elle ne cesse de courir que lorsqu'il y a eu des comptes arrêtés entre les parties. Ici, des auteurs, interprétant les *services* dans le sens de *visites*, ont fait de ces dernières autant de créances séparées et prescriptibles, par exemple, du 1er mai d'une année au 1er mai de l'année suivante, du 2 mai au 2 mai de l'année subséquente et ainsi de suite, et des tribunaux de première instance et des cours d'appel ont basé leurs jugements sur ces considérants; d'autres législateurs ont partagé ces interprétations pour les maladies chroniques, où, les visites n'étant pas ordinairement quotidiennes, disaient-ils, chacune d'elles devait constituer, en raison de la longueur de la maladie et des intervalles de soins, une créance distincte, et il s'est trouvé des tribunaux qui ont jugé ainsi et des cours qui ont confirmé ces jugements ; d'autres, enfin, estimant que, dans toute maladie aiguë à services continus, il était impossible de prétendre que les médecins se fissent payer à chaque visite et que, partant, dans ces circonstances, la prescription ne devait courir, pour eux, que du jour de la dernière visite.

L'interprétation de Dalloz, dont le *Répertoire* est toujours en faveur parmi nos jurisconsultes, est on ne peut plus explicite, à l'égard de l'art. 2274 : « Les visites d'un médecin, dit-il, pour le traitement d'une même maladie, ne donnent pas naissance à autant de créances distinctes, prescriptibles séparément, mais à une créance unique qui, devenue complète seulement au jour de la cessation des rapports du médecin et du malade, n'est également prescriptible qu'à partir de ce jour. »

— Certainement, me fit observer mon avocat consultant, je ne discuterai pas la continuité des affec-

tions de votre client et des soins constants qu'elles ont nécessités, durant si longtemps; mais, aucun règlement de compte n'étant intervenu entre vous et lui, durant vos relations, il ne vous est dû, par son héritier, d'après votre mémoire, présenté d'ailleurs en temps voulu, que les frais de la dernière de ces maladies.

— Cependant, répliquai-je, si j'ai bien compris le texte et le sens de l'art. 2275, que nous avons lu, un peu rapidement, ce me semble, il ne suffit pas que mon débiteur songe à se rendre propice la prescription pour les services antérieurs à ceux de la dernière maladie; il faut qu'il affirme, par le serment que je puis lui déférer, qu'il *ne doit rien des premiers services* ou *qu'il les a réellement payés.*

— Oui, répond-il brièvement et à voix basse, en présence d'un client, qui entre dans son cabinet, la prescription n'est pas toujours ce que l'appelaient les anciens, la *patrona latronum, l'impium prœsidium*; elle est souvent, dans la prévoyance de la loi et selon les termes de nos modernes, *la patronne du genre humain*; je vous conseille d'en appeler à la conscience de votre débiteur, le seul tribunal auquel vous ayez encore à recourir, et, je l'espère, et c'est la chance que je vous souhaite, vous pourrez obtenir gain de cause.

La chance n'a été propice qu'à la mauvaise foi. M. X... n'a entendu se libérer que des honoraires de dernière maladie, que j'ai acceptés, sans autre consultation, ni assignation en justice, postérieurement à la citation préliminaire en conciliation devant le juge de paix.

En cet état de choses, Honoré confrère et Directeur, je crois devoir, par le bienveillant intermédiaire du *Concours médical*, m'adresser à son conseil judiciaire, pour savoir si le *solde partiel, que j'ai acquitté, sans autre reconnaissance de ma part, peut éteindre le restant de mes honoraires et si j'ai le droit de revendiquer ce complément,* en vertu de l'art. 2274 et notamment de l'art. 2275 du code civil.

Au moment où le projet de loi sur l'exercice de la médecine, mis préalablement à l'étude par votre estimable journal, et rédigé par notre confrère, le député Chevandier (de la Drôme), vient d'être distribué, avec son rapport, au Parlement, au moment où l'art 14 des dispositifs de ce projet va donner lieu à des discussions de nature à étendre les privilèges de nos honoraires, ne pensez-vous pas que la solution de mon affaire actuelle puisse servir à celle d'affaires à l'avenir semblables à la mienne, et dès lors, vous plairait-il de soumettre mes réflexions personnelles à celles de mes honorés confrères et membres de notre Société, dans votre estimable organe ?

Dr P. Mougins de Roquefort.

Antibes, 1er avril 1888.

BULLETIN DES SYNDICATS
ET DE
L'UNION DES SYNDICATS

DIRECTEUR : Dr BARAT-DULAURIER

Projet d'organisation de la Médecine et de la Pharmacie gratuites dans les Hautes-Pyrénées.

CHAPITRE Ier.

Art. 1er. — Il est créé, dans le département des Hautes-Pyrénées, un service médical pour les pauvres.

Art. 2. — Ce service a pour but de faire administrer gratuitement aux indigents malades les secours de la médecine, de la chirurgie, de la pharmacie et de l'art des accouchements.

Art. 3. — Tous les médecins, pharmaciens et sages-femmes sont invités à concourir à cette bonne œuvre.

Toutes les personnes charitables sont également invitées à y concourir par leurs dons et offrandes.

CHAPITRE II.

Art. 4. — Les communes dont la population est inférieure à 2,000 âmes participent seules aux bénéfices de la présente organisation.

Art. 5. — Les dépenses entraînées par le service de la médecine des pauvres demeurent à la charge des communes.

Art. 6. — Chaque année, dans la session ordinaire de mai, les Conseils municipaux voteront les sommes que les communes devront affecter l'année suivante au service médical.

Art. 7. — La quotité est fixée à 1 fr. 50 par indigent inscrit. Le crédit porté aux budgets des communes sera réduit d'une somme égale au produit des dons, quêtes, cotisations volontaires.

Art. 8. — Les bureaux de bienfaisance seront invités à concourir aux dépenses de cette œuvre, dans la mesure des crédits que leur situation financière leur permettra d'allouer.

Art. 9. — Tous les ans, au début de l'hiver, messieurs les maires inviteront les personnes charitables à fournir des subsides destinés à l'achat des médicaments ou des substances alimentaires indispensables aux indigents malades.

Art. 10. — Les produits des souscriptions volontaires seront versés entre les mains du maire, et celui des quêtes faites dans les édifices religieux entre les mains du curé ou desservant de la commune, qui auront la charge d'en effectuer immédiatement le dépôt chez le receveur municipal.

Art. 11. — Une subvention annuelle sur les fonds du département sera affectée aux dépenses de la médecine gratuite.

Art. 12. — La répartition de cette subvention sera faite par la Commission départementale, à concurrence du crédit inscrit au budget par le Conseil général.

Art. 13. — Auront seules droit à une part de cette subvention les communes pourvues d'un service de médecine gratuite.

Art. 14. — La répartition du crédit accordé par le Conseil général aura lieu proportionnellement aux chiffres des indigents et des budgets communaux.

Art. 15. — Il en sera de même de toutes les ressources éventuelles affectées au service médical gratuit (subventions sur les fonds de l'Etat et sur les produits des taxes sur les théâtres, jeux de courses, etc.).

Art. 16. — Les fonds destinés aux indigents malades, quelle qu'en soit la provenance, seront centralisés par M. le Trésorier-payeur général.

CHAPITRE III.

Art. 17. — Au mois d'octobre de chaque année, il sera dressé dans chaque commune une liste des personnes auxquelles le traitement gratuit pourra être accordé.

Art. 18. — Les inscriptions seront individuelles;

y auront seuls droit les individus de nationalité française.

Art. 19. — Cette liste sera établie par une commission composée :

Du maire, président ;

De deux membres du bureau de bienfaisance désignés par le préfet, ou, à défaut de bureau de bienfaisance, de deux citoyens également désignés par le préfet.

Art. 20. — Cette liste sera adressée : 1° au préfet du département ; 2° aux médecins et pharmaciens du canton. Ceux-ci exerceront un droit de contrôle sur la composition de cette liste. Les réclamations devront être portées devant le préfet et tranchées par ce magistrat, avant le 31 décembre.

Art. 21. — Le maire pourra faire des additions à cette liste pendant le cours de l'année. Les individus inscrits supplémentairement par le maire seront provisoirement admis aux secours médicaux et pharmaceutiques jusqu'à la délibération de la commission des indigents.

Art. 22. — En cas de difficulté ou de réclamation au sujet de ces inscriptions supplémentaires, le Préfet statuera.

CHAPITRE IV.

Art. 23. — Tout indigent inscrit recevra avant le 1er janvier une carte d'admission au traitement médical gratuit, signée par le maire et conforme à un modèle spécial.

Art. 24. — Pourront être appelés à donner leurs soins aux indigents, tous les médecins, pharmaciens et sages-femmes, *au choix des malades,* qui auront adhéré aux conditions de la présente organisation.

Art. 25. Le Maire inscrit sur la carte individuelle le nom du médecin, du pharmacien et de la sage-femme désignés par l'indigent.

Art. 26. — Les malades indigents pourront, sur l'exhibition de leur carte individuelle, demander une consultation au domicite du médecin.

Ar. 27. — Les médicaments seront fournis par tous les pharmaciens, d'après le tarif général accepté par eux.

Art. 28. — Les pharmaciens écriront leur mémoire à la marge même de l'ordonnance.

Art. 29. — Les médecins devront autant que possible se renfermer dans les limites du crédit affecté aux médicaments.

Art. 30. — Les ressources disponibles seront d'abord affectées au paiement des médicaments. Les honoraires des médecins et sages-femmes seront soldés proportionnellement au nombre d'indigents qui, au 1er janvier de l'année, auront déclaré vouloir se confier à leurs soins.

CHAPITRE V.

Art. 31. — Un Comité de secours est créé, dans chaque commune, sous les auspices du maire et du curé.

Art. 32.— Sont exceptées les communes pourvues d'un bureau de bienfaisance.

Art. 33. — Ce Comité, composé de toutes les personnes charitables qui voudront participer à l'œuvre de l'assistance gratuite, sera chargé de fournir aux pauvres en état de maladie ou de convalescence ou absolument dénués de ressources les effets mobiliers (draps, chemises, etc.), et les objets alimentaires nécessaires dans leur situation.

Syndicat médical de l'arrondissement de Pontoise.

Procès-verbal de la séance du 19 *janvier* 1888.

La séance est ouverte à 5 heures 1/2 sous la présidence du Dr Leroy; Vice-Président, Dr Bibard ; Secrétaire, Dr Rousseau.

Vingt-cinq membres étaient présents : Dr Milet, Barbier, Margery, Leroy, Gros, Okynczic, Piedallu, Prieur, Broquet, Galvani, Rousseau, Hourlier, Herpin, de Grissac, Thomas, Guy, Toussaint, Bibard, Bruel, Guyochin, Paret, Fittère, Darène, de Mirimonde, Meyer.

Le Secrétaire donne lecture du Procès-verbal de la dernière réunion qui est adopté sans discussion.

Il rend ensuite compte de l'état des recettes et dépenses du syndicat.

Recettes :

Apport du groupe d'Argenteuil.........fr.	134 35
Don d'un confrère........................	20 00
Cotisations à 8 fr. et à 14 fr....ensemble.	243 35
Total......................	397 70

Dépenses :

Contribution à l'Union des Syndicats de Seine-et-Oise..........................	10 00
Frais de recouvrement de cotisations.......	5 00
Contribution à l'Union des Syndicats de France..................................	80 80
Suppléments à divers banquets............	26 00
Frais d'imprimerie (réimpression des Statuts, lettres de convocation, procès-verbaux, etc., etc.)............................	49 50
Frais de bureaux (timbres, envois de lettres de convocation, de procès-verbaux et autres communications, etc)................	45 05
Total..................	216 35

Balance

Avoir............fr.	397 70
Doit................	216 35
Caisse.........	181 35

Ces comptes sont approuvés.

Il est procédé aux Élections pour le renouvellement des délégués cantonaux et du Bureau.

Sont nommés délégués:

les Drs Bibard	pour le canton de	Pontoise.
de Grissac	—	Argenteuil.
Reculez	—	Montmorency.
Michaud	—	Gonesse.
Barbier	—	Luzarches.
Herpin	—	Le Raincy.
Abbadie	—	L'Isle-Adam.
Leroy	—	Ecouen.

L'Election du Bureau donne les résultats suivants :

Président, vice-Président, Secrétaire-Trésorier,
Leroy. Bibard. Rousseau.

Le Secrétaire demande l'avis de l'Assemblée sur la manière dont doit être interprété l'article des statuts rendant obligatoire l'Assistance à la séance de Janvier. La question se pose de savoir si cette obligation comprend la séance qui précède le banquet et le banquet, ou bien seulement l'un des deux ?

L'assemblée, confiante dans le zèle et le bon vou-

loir des médecins syndiqués, décide que dans aucun cas le Banquet ne peut être rendu obligatoire, et que, d'une manière générale, cet article des statuts devra être interprété dans son sens le plus large.

La candidature du Dr Witkousky est acceptée à l'unanimité.

A propos des admissions de nouveaux membres, l'Assemblée adopte les mesures suivantes, comme articles à ajouter au règlement :

1o Les Médecins qui désirent faire partie du Syndicat, devront adresser leur demande par lettre au Président, en déclarant expressément *qu'ils connaissent et acceptent les Statuts.*

2o Les admissions devront être faites au scrutin secret.

Le Dr Bibard demande la parole pour donner lecture de la lettre suivante, adressée par les Médecins de Pontoise au Conseil municipal de cette ville :

« Nous soussignés, exerçant la médecine à Pon« toise, réunis en conférence professionnelle et nous « déclarant solidaires les uns des autres, avons l'hon« neur de vous soumettre les observations qui vont « suivre :

« Une circulaire adressée, le 28 octobre 1887, par « M. le Préfet de Seine-et-Oise à MM. les Maires du « Département, porte entre autres choses relatives « au Service médical des indigents : Le Conseil « général a décidé que pour 1888 il serait procédé « comme par le passé, sauf toutefois en ce qui « concerne les communes qui possèdent un octroi ; « celles-ci ne devront plus à l'avenir compter sur « l'appui pécuniaire du Département ; elles auront « à pourvoir à l'aide de leurs seules ressources, à « l'assistance médicale de leurs indigents, ainsi « qu'au paiement des indemnités qui pourraient être « réclamées de ce chef par les médecins. »

« D'un autre côté, nous n'ignorons pas que, dans « la séance du 11 août dernier, le conseil munici« pal a été d'avis que le service organisé par le Bu« reau de bienfaisance donnait de bons résultats; « que de plus, la Ville possédant un hospice de pre« mier ordre capable de satisfaire aux besoins des « indigents, il n'y a pas lieu de remplacer le service « actuel par un autre qui serait bien plus coûteux, « puisqu'aucune rétribution n'est allouée aux méde« cins par le Bureau de bienfaisance.

« Il résulte de ce qui précède que vous reconnais« sez, ce qui ne fait de doute pour personne, le droit « des indigents aux secours médicaux en cas de ma« ladie. Aussi ne désapprouvez-vous pas le Bureau « de bienfaisance qui s'assure, au moyen d'un traité « avec les pharmaciens patentés, la fourniture des « médicaments à prix réduits. Par suite de quelle « étrange doctrine en est-on arrivé à ériger en droit « de la part de la Ville d'imposer aux médecins sans « aucune rémunération les soins qu'Elle doit « à ses indigents ? Les services que rendent « les médecins pour ne pouvoir être évalués, même « à poids médicinal, n'en sont pas moins le résul« tat de connaissances chèrement et laborieusement « acquises, et formant un patrimoine aussi respec« table, aussi inattaquable que tout ce qui s'acquiert « par le travail.

« A une époque déjà éloignée de nous, lorsque les « difficultés matérielles de l'existence étaient loin « d'être ce qu'elles sont devenues aujourd'hui, les « médecins étaient exemptés de la patente, toutes les « fois qu'ils étaient chargés de contribuer aux soins « à donner aux malheureux. Maintenant nous « payons l'impôt de la patente ; nous payons l'im« pôt des chevaux et voitures ; nous rentrons dans « le droit commun pour supporter toutes les char« ges qui incombent aux autres citoyens. Il nous « semble donc logique de prétendre à n'être pas trai« tés autrement que tous les contribuables. »

« Nous osons donc espérer, Messieurs, que, vous « inspirant des sentiments d'équité que chacun se « plait à vous reconnaître, vous déclarerez qu'en « principe, une indemnité doit être accordée au corps « médical de Pontoise pour les soins donnés par lui « aux indigents inscrits sur les listes du Bureau de « bienfaisance de la Ville. »

Après lecture de cette lettre, M. Bibard donne communication de la délibération du conseil municipal de Pontoise, délibération qui montre une fois de plus à quel point les municipalités sont habituées à compter sur le bon vouloir ou plutôt sur la débonnaireté des médecins. Au cours de cette délibération, un membre du conseil regrette que la *réclamation de MM. les médecins se soit produite sous forme collective*, montrant ainsi combien est efficace et désirable l'entente entre les médecins. Un autre membre déclare que la dépense indiquée par M. le Maire pour l'année courante est suffisante, *puisque rien n'a été refusé à personne.* (On n'oublie que les médecins !) Le conseil municipal de Pontoise décide enfin à la majorité « que la Ville fournissant une indemnité de 3,000 fr. au Bureau de bienfaisance, c'est à ce dernier d'examiner la demande de MM. les médecins. »

Après cette intéressante communication, le syndicat prend la délibération suivante :

« Le Syndicat médical de Pontoise, après avoir pris connaissance de la circulaire préfectoral en date du 28 octobre 1887, de la lettre des médecins de Pontoise, et de la délibération du conseil municipal de cette ville, approuvant hautement la réclamation des confrères, déclare s'associer aux vœux de l'administration départementale qui décide que les communes pourvoient à l'aide de leurs seules ressources à l'assistance médicale de leurs indigents.

« Il approuverait l'application de ce principe à toutes les communes, y compris celles qui possèdent un octroi, à condition qu'elles soient préalablement et formellement mises en demeure de voter les fonds nécessaires pour la rétribution équitable de leurs médecins. »

Le Syndicat décide que cette délibération sera transmise à M. le Préfet.

Le secrétaire donne lecture d'une lettre par laquelle le Dr Watremez (de Livry), ayant renoncé à l'exercice de la médecine depuis l'année dernière, déclare donner sa démission et exprime à ses confrères tous ses regrets de les quitter.

L'ordre du jour appelle la discussion sur les rapports des médecins avec les compagnies d'assurance. L'heure avancée ne permet pas d'aborder utilement la discussion de cette importante question. L'assemblée décide qu'un questionnaire spécial sera adressé à chaque médecin. Le secrétaire est chargé de la rédaction de ce questionnaire.

La séance est levée à 7 heures.

Le président,
Dr LEROY,

Le Secrétaire-Trésorier, *Le Vice-Président,*
Dr TH. ROUSSEAU. Dr BIBARD.

Le Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise).— Imp. DAIX frères, place St-André, 3

Dixieme année | N° 18 | 5 Mai 1888

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

SOUSCRIPTION

en faveur de la veuve et de l'enfant d'un médecin mort à l'hôpital.

Nous avons fait part récemment du décès, à l'*hôpital de la Charité*, de notre confrère *Yves Fichou*, qui a succombé aux suites d'une amputation de la cuisse.

Nous avons dit que les soins lui avaient été prodigués par le professeur Trélat et par M. Barette. Nous ajoutions que la veuve et le fils de 8 ans, enfant d'une intelligence supérieure, se trouvent dans le besoin, à cause d'obligations contractées par une maladie qui a duré quatre années.

La situation nous a été révélée, dans toute sa navrante simplicité, par l'honorable proviseur du *Lycée Saint-Louis*, ami de la famille, qui a subvenu, à lui seul, à tous les frais des funérailles.

M. Lefebvre, médecin à Bonnières (Seine-et-Oise), nous propose de tenter, à cette malheureuse occasion, de mettre à exécution, comme essai, le projet de la *Société des Old-fellows*, préconisé par MM. *Ducosté* et *Bigourdan* (de Brionne).

Nous suivons scrupuleusement les indications de M. Lefebvre.

Tous les membres du Concours sont priés d'envoyer à *Madame veuve Fichou, à Erquy-les-Bains (Côtes-du-Nord)* la somme de 1 fr. en timbres-poste.

Nous ne publierons pas les résultats de cet appel.

Si, comme l'espère M. *Lefebvre*, ils sont satisfaisants, nous y reviendrons à l'occasion et les occasions ne sont pas rares !

Un médecin, mort à l'hôpital et dont la famille ne peut payer les funérailles ; qui laisse femme et enfant sans ressources, le cas est assez typique pour que nous puissions croire que chacun de nous voudra *prendre la peine d'écrire une lettre*.

L'Association générale et la presse médicale.

Au nombre des vœux que l'Association générale n'a jamais exaucés, il en est un bien naturel, bien facile à satisfaire et qui ne nécessite aucune délibération. La presse médicale devrait être invitée, chaque année, en temps utile, à envoyer aux séances du dimanche et du lundi un rédacteur spécial. Chaque journal de médecine et même un certain nombre de journaux d'informations, devraient recevoir une carte de presse, une invitation à assister aux séances. Une tribune spéciale devrait être réservée aux rédacteurs, afin d'éviter que, pour le lundi notamment, il pût y avoir confusion de rôles, les délégués seuls devant être admis à voter.

Ce n'est certes pas par excès de publicité que pèche l'Association, puisqu'elle n'a qu'une seule réunion annuelle. Il faut en conséquence que ces actes solennels puissent être vérifiés par des comptes rendus pris en séance, afin de noter les nuances. L'Association n'est pas vivante ; on dit que, si elle ne se meurt pas, du moins elle languit. A qui la faute, si ce n'est au soin, parfois jaloux, qu'on met à écarter les profanes ?

Mais la presse *n'est pas une profane* ; à elle seule il appartient de vulgariser, de faire connaître ce qui est bon, de corriger les défauts ; de modérer les excès de zèle ; de stimuler les bonnes volontés ; de signaler les pratiques qui ont pour résultat d'allonger ou d'écourter les séances selon les convenan-

ces du bureau; en un mot, de rendre profitables les deux réunions.

Nous avons indiqué, il y a longtemps, les désastreux effets de l'une des mesures les moins motivées de l'Association : le parti qu'elle a pris de faire un *annuaire* qui supprime les travaux, les rapports des sociétés locales. Nous avons encore souvenance des volumineux et très intéressants annuaires des premières années de l'Association. C'était plaisir de constater, à la lecture, l'expression sincère, vivante, de la vie qui animait les jeunes sociétés locales.

A cet annuaire on en a depuis 15 ans substitué un autre, qui contient les discours, les rapports et quelques consultations excellentes des conseils judiciaires. L'annuaire est mort; il est remplacé par les actes officiels. Aussi, ne s'étonnera-t-on guère qu'on n'en trouve plus le placement!

Il serait, certes, plus économique et plus avantageux au point de vue de la vulgarisation de ces actes, de confier à l'*Union médicale*, le journal d'Amédée *Latour*, le glorieux fondateur de l'*Association générale*, le soin de faire un tirage spécial pour tous les médecins français, sans exception. On y aurait bénéfice de propagande et on ne se contenterait plus de noircir du papier. Qui s'en plaindrait ? ce n'est certes pas nous, qui pourtant, avons, en d'autres temps, réclamé contre certains articles publiés dans ce journal; la qualité de journal d'Amédée Latour semblait prêter à ces articles un caractère qu'ils ne pouvaient avoir. Aujourd'hui, nous sommes assurés que ce qui s'y publie ne sera plus dicté par un autre soin que celui du bien de la profession. En publiant les actes officiels, l'*Union médicale* n'acquerrait pas, en dehors de cette rubrique, le caractère d'interprète spécial de l'Association générale, caractère auquel le journal n'aurait rien à gagner qu'une responsabilité qui gênerait ses allures. Qui a été à la peine doit être à l'honneur, et celui qu'on ferait à l'*Union* serait très légitime.

En invitant tous les journaux à se faire représenter aux séances, on sauvegarderait la liberté de tous les orateurs ; le bureau ne pourrait s'offenser du désir que nous exprimons de livrer ses actes à la pleine lumière de la publicité. Le procès-verbal des séances de l'année précédente éviterait ainsi toutes les omissions, pour peu qu'on voulût s'aider des comptes rendus recueillis de divers côtés.

Il n'y a au sein du conseil général, aucun membre qui puisse repousser notre proposition. Il n'est pas nécessaire de soumettre à l'assemblée générale le vœu que nous exprimons. C'est une simple mesure d'ordre intérieur, du ressort du bureau, et elle peut être mise à exécution en 1889. Les 15 à 20 membres du *Concours* qui sont en même temps présidents des sociétés locales, devraient écrire à ce sujet à M. Henri Roger; les délibérations d'une grande association de secours mutuels, qui désire être autre chose que la dispensatrice d'une assistance pécuniaire, n'ont qu'à gagner à se passer au grand jour d'une publicité aussi large que possible, et sûrement les mesures que nous proposons seront au grand bénéfice de l'œuvre. A. C.

LA SEMAINE MÉDICALE

Des injections intrapleurales d'air stérilisé dans le traitement des épanchements pleuraux consécutifs au pneumothorax.

M. le professeur Potain a présenté à l'Académie (1) un homme qui était entré dans son service il y a dix mois avec un pneumothorax et des lésions tuberculeuses arrivées au troisième degré. Cet homme est aujourd'hui complètement guéri de son pneumothorax, qui n'a laissé aucune trace appréciable, et de sa tuberculose, autant du moins que les moyens d'exploration dont nous disposons peuvent permettre de le présumer. « Je me suis servi, dit l'éminent maître, pour le traitement de ce malade, d'une méthode non usitée jusqu'ici, et qui a consisté en *injections d'air stérilisé* dans la plèvre.

Assez forte au début, la fièvre de ce malade (un homme de vingt-trois ans) était, quinze jours après la production du pneumothorax, complètement tombée, mais l'épanchement pleural, qui avait commencé à se manifester dès le 8e jour, s'élevant progressivement, gagnait l'angle inférieur de l'omoplate le 46e jour et, le 90e, commençait d'envahir la fosse sus-épineuse, atteignant en avant la seconde côte.

Il était temps d'aviser, car il est admis aujourd'hui qu'à partir du moment où un épanchement a atteint la fosse sus-épineuse et rempli toute la plèvre, la thoracentèse devient urgente et qu'il n'est plus permis de la différer d'un jour. Tout faisant présumer que le liquide était fibrineux et non purulent, il ne pouvait s'agir de pratiquer l'opération de l'empyème. C'était donc la thoracentèse qu'il fallait faire, mais la thoracentèse, dans les cas de ce genre, n'est pas exempte de sérieux inconvénients. Quand on extrait la totalité du liquide contenu dans la plèvre, il peut arriver, suivant les circonstances, plusieurs choses.

Si la fistule pleuro-bronchique est encore ouverte, l'air pénètre dans la cavité pleurale à mesure que le liquide en est extrait et il peut en résulter des inconvénients sérieux.

Si la fistule est oblitérée par une cicatrisation imparfaite, ou si la paroi de la caverne, dans laquelle elle donnait accès, est trop peu solide, cicatrice ou paroi se rompent. Le pneumothorax se reproduit, ce qui à la rigueur n'a pas un très grand inconvénient, mais on n'est jamais sûr que la déchirure produite la seconde fois ne sera pas plus grande que la première et qu'elle ne donnera pas issue vers la cavité pleurale à quelques portions du détritus purulent contenu dans la caverne. Or, en ce cas-là, c'est la transformation purulente du liquide pleural qui s'ensuit, la nécessité probable de l'empyème et la mort.

Si la cicatrice est solide et tient bon, si la paroi de la caverne ne se rompt pas, le liquide ne sort qu'à la condition que le poumon se déplisse complètement. Or, ce déplissement a, d'ordinaire, pour

(1) Séance du 24 avril.

conséquence, quand le poumon est affaissé depuis longtemps, une congestion intense, une expectoration albumineuse, etc. Aussi les cliniciens prudents sont-ils tous d'avis de ne pratiquer que des évacuations partielles plus ou moins fréquemment renouvelées.

Mais, en agissant ainsi, il y a un danger que l'on n'évite pas, c'est celui de soumettre le poumon malade à des alternatives d'expansion et de retrait, qui le sortiront du repos bienfaisant auquel son affaissement complet l'avait condamné, et si les dangers d'un épanchement excessif sont écartés, la tuberculisation du poumon qui semblait dormir reprendra sa marche pour aboutir enfin à la mort.

En présence de tous ces inconvénients, je me résolus à adopter une méthode différente. Je fis l'extraction totale du liquide, mais en le remplaçant au fur et à mesure par de l'air, de façon à éviter toute expansion du poumon.

Il y a quelque dix ans, cela eût passé pour une témérité grande et nous ne l'eussions certainement point osé. Nous savons maintenant que l'air n'est pas dangereux par lui-même, mais par les germes qu'il tient en suspension, et qu'il suffit de le dépouiller de ces germes pour qu'il devienne innocent et stérile en tant qu'agent pathogénique. C'est donc de l'air *stérilisé* que je me décidai à injecter dans la plèvre.

La thoracentèse est pratiquée comme d'habitude; quant à l'air, il est introduit dans la plèvre après avoir été stérilisé par son passage au travers de l'ouate et d'un flacon contenant une solution forte d'acide phénique. Il faut avoir soin d'adapter à l'appareil aspirateur un manomètre qui permet de mesurer exactement la pression intra-pleurale.

A mesure que le liquide s'écoule, on laisse pénétrer l'air en réglant sa vitesse de façon que les deux écoulements aient sensiblement la même rapidité.

C'est cette pratique que j'ai suivie chez mon malade. A la suite de cette opération, qui fut très bien supportée, les signes de l'épanchement pleural disparurent, et furent remplacés par ceux du pneumothorax.

Cette première opération avait été pratiquée trois mois après le début du pneumothorax. Comme on devait s'y attendre, le liquide se reproduisit. Dans les cinq mois qui suivirent on répéta trois fois la même opération, à des intervalles de un mois et demi environ pour les trois premières, et de deux mois entre la troisième et la dernière. Les quantités furent de 1,600, 1,400 et 500 centimètres cubes la dernière fois. Le liquide, devenu un peu purulent, demeura absolument sans odeur, et les bacilles, dont on avait constaté la présence dans les premières ponctions, ne se retrouvèrent absolument plus dans le liquide de la dernière.

L'opération fut pratiquée chaque fois de la même façon; cependant, pour ne faire qu'une seule piqûre, on se servit, la seconde et la troisième fois, d'une canule bifurquée, qui servit à la fois à l'évacuation du liquide et à l'injection de l'air.

L'utilité de la substitution de l'air stérilisé au liquide se montra dans la dernière ponction plus que dans toutes les autres, car, ayant constaté que la plèvre, cette fois, ne contenait plus qu'une quantité relativement petite de liquide et de gaz, ne craignant plus, d'ailleurs, la rupture de la cicatrice, puisque, depuis longtemps, le poumon était probablement adhérent à son niveau avec la paroi, je pensai que le moment était venu d'abandonner la méthode employée jusque là et qu'il serait facile d'extraire, sans aucune substitution, la totalité du liquide et des gaz contenus dans la plèvre pour en finir d'un seul coup avec cette longue maladie.

Cela fut fait; mais à peine l'extraction était-elle achevée, quoiqu'elle eût été conduite très doucement, que le malade se plaignit d'une douleur extrêmement vive et d'une sensation intolérable d'étouffement qu'il n'avait éprouvée dans aucune des opérations précédentes. La pression à ce moment s'était abaissée dans la plèvre à 40 millimètres.

Prévoyant la possibilité de cet obstacle à l'évacuation définitive de la cavité, j'avais eu soin de tenir tout prêt à fonctionner l'appareil destiné à injecter l'air stérilisé. On laissa immédiatement pénétrer la quantité d'air nécessaire pour amener la pression normale à — 7, comme dans les opérations précédentes. Cette quantité se trouva d'environ 600 c. c. Aussitôt douleur et dyspnée disparurent entièrement et le malade se trouva débarrassé de tout malaise.

Le gaz et le liquide extraits n'avaient absolument aucune fétidité.

Ainsi un liquide purulent avait pu se trouver enfermé avec de l'air dans la cavité pleurale à la température du corps pendant 246 jours sans avoir sub la moindre décomposition, sans avoir acquis la plus légère fétidité. Cela est donc la démonstration la plus formelle que les choses peuvent se passer, sous ce rapport, dans nos cavités, comme elles se passent dans les ballons de M. Pasteur.

La nécessité où l'on s'était trouvé de laisser entrer encore de l'air dans la poitrine ne fut pas regrettable, car cet air ne tardait pas à se résorber tandis que l'épanchement liquide reparaissait à peine. C'est ainsi que le déplissement du poumon s'effectua lentement et sans malaise. Si bien que, vingt-sept jours après la dernière opération, des frottements disséminés attestaient d'une façon positive que les plèvres arrivaient au contact et que trente-quatre jours plus tard, toute trace d'épanchement liquide ou gazeux avait complètement disparu.

Le pneumothorax était absolument guéri le 288e jour et le thorax n'avait subi aucune déformation. D'un autre côté, les lésions, constatées primitivement dans le poumon, s'étaient manifestement amendées, la toux avait presque complètement disparu et les crachats, en très petite quantité, examinés à plusieurs reprises ne contenaient absolument plus de bacilles. Le malade avait repris son embonpoint et sa santé.

J'ai déjà traité deux autres malades par cette méthode.

Il est vrai que ce n'est pas avec trois observations qu'on peut démontrer l'efficacité d'une méthode; mais, si je compare ces résultats à ma statistique

antérieure, je vois que, sur 11 malades que j'ai traités pour des pneumothorax, 8 sont morts et 3 seulement ont été guéris, parce qu'ils ne présentaient qu'un pneumothorax très limité. Les statistiques étrangères ne sont pas plus encourageantes. Sur 46 cas de pneumothorax d'origine tuberculeuse, le professeur Weil (de Heidelberg) nota 44 morts et 2 guérisons. On trouve quelquefois des statistiques plus favorables ; mais les guérisons définitives sont tout à fait exceptionnelles, et encore note-t-on, dans ces cas, la persistance de la tuberculisation.

Les cas que je vous ai soumis ont donc été particulièrement heureux, et il me paraît difficile de ne pas présumer que le mode de traitement a été pour quelque chose dans cette évolution favorable.

Cette méthode est tout à fait opposée à celle que pratiquent habituellement les chirurgiens tentant d'extraire l'air de la cavité, et substituant même à cet air un liquide de façon à transformer un pneumothorax en hydro-thorax destiné, paraît-il, à guérir plus aisément. Cette opération a été pratiquée deux fois par le professeur Billroth ; les deux malades sont morts presque immédiatement après l'opération.

De tout temps, la principale préoccupation a été, on le voit, de guérir le pneumothorax. Or, le pneumothorax est une maladie qu'il ne faut pas guérir. Elle guérit toute seule et n'est point dangereuse. Ce qu'il y a de dangereux, c'est la pleurite qui accompagne la présence de l'air dans la cavité pleurale et qui résulte de la pénétration de quelque parcelle d'agent septique dans la plèvre, c'est la compression inégale et variable produite par le liquide accumulé.

Non seulement le pneumothorax n'aggrave pas notablement l'état des phthisiques chez lesquels il survient ; mais, au contraire, il paraît enrayer la marche de la tuberculisation pulmonaire, parce qu'il permet au poumon de s'affaisser et le maintient pendant quelque temps dans le repos et l'immobilisation.

Il faut donc bien préciser les cas dans lesquels on doit intervenir :

a) On doit s'abstenir si le pneumo-thorax ne donne lieu à aucune dyspnée notable ;

b) Si l'air s'accumule de façon à acquérir une tension dangereuse, il faut en évacuer une partie et établir une pression légèrement inférieure à la pression atmosphérique.

c) On doit s'abstenir encore, s'il se produit un épanchement séro-fibrineux peu dangereux par son poids et par son volume.

d) Si l'épanchement devient abondant et incommode, il faudra l'extraire en totalité et y substituer de l'air stérilisé de façon à maintenir dans la cavité pleurale une pression peu éloignée de la normale, qui est 7 millim. de mercure.

Si l'épanchement est séro-purulent et non fétide, on peut encore se comporter de la même façon.

e) S'il s'agit d'un foyer purulent largement ouvert dans les bronches ou d'un épanchement purulent et fétide d'emblée, il faut faire immédiatement l'empyème, si le poumon du côté opposé peut suffire à la respiration, sinon on appliquera le drain hermétique, qui m'a donné autrefois d'excellents résultats.

Des observations que je viens de relater, on peut tirer les conclusions suivantes :

1° Il est possible d'évacuer complètement le liquide des épanchements pleuraux consécutifs au pneumo-thorax, à la condition d'y substituer de l'air stérilisé.

2° L'air débarrassé de tout germe, par la filtration à travers l'ouate, est dépourvu de toute action nuisible et ne provoque aucune altération des liquides pleuraux.

3° Cette pratique supprime les dangers graves qui résultent de la présence d'une grande quantité de liquide dans la cavité pleurale ou de l'évacuation rapide d'un grand épanchement ;

4° Elle permet, d'autre part, d'éviter les inconvénients sérieux de ponctions fréquemment renouvelées, et ménage aux poumons la possibilité d'une distension lente et progressive ;

5° Elle semble enfin, en laissant pendant longtemps le poumon malade dans le repos et l'inactivité, favoriser la cicatrisation et la guérison définitive des lésions tuberculeuses.

Si j'ai désiré soumettre à l'Académie les résultats de cette méthode de traitement, c'est qu'ils se rattachent à la grande question de l'antisepsie qui l'a si souvent et si justement préoccupée. C'est que ces résultats montrent une fois de plus ce que l'on peut attendre de l'antisepsie rigoureuse. C'est que, d'autre part, ils laissent entrevoir quelques-unes des conditions susceptibles d'entraver le développement de la tuberculose dans le poumon.

Je suis heureux d'y trouver une occasion de rendre hommage à l'illustre collègue auquel nous devons de pouvoir commettre, avec méthode et avec une sécurité entière, des témérités que l'on considérait, il y a bien peu de temps encore, comme des insanités véritables.

Je suis très loin d'ignorer et de méconnaître les illusions que les doctrines pastoriennes ont fait naître chez plus d'un médecin et qu'elles entretiennent encore.

Mais les illusions sont destinées à s'évanouir avec le temps, et ces doctrines auront projeté sur la pathogénie de si merveilleux coups de lumière, il restera toujours un tel amas de faits dans lesquels elles auront fourni à la pratique d'inappréciables indications, elles seront certainement si fécondes encore en conséquences, qui n'ont point encore vu le jour, que, à tout jamais, M. Pasteur devra être tenu pour un des grands bienfaiteurs de l'humanité ». (*Applaudissements répétés.*)

Tubage du larynx dans le croup

M. *d'Heilly*, après avoir retracé l'historique du tubage du larynx proposé en 1858 par M. Bouchut, repoussé par Trousseau, oublié jusqu'en 1880 et repris alors par O'Dwyer (de New-York), qui a réussi à le faire adopter par la plupart de ses compatriotes, — dit que, d'après trois statistiques américaines représentant un total de 2519 cas, la moyenne des succès est de 26 %, moyenne au moins égale et plutôt supérieure à celle que donne la trachéotomie.

M. d'Heilly a pratiqué le tubage à l'hôpital Trousseau, dans 13 cas de croup, avec l'appareil instrumental de O'Dwyer. Il a opéré dans les mêmes conditions où se fait la trachéotomie : dyspnée continue, tirage sus et sous-sternal, asphyxie commençante. Le plus jeune opéré avait dix-neuf mois, le plus âgé 4 ans ; deux étaient dans un tel état de misère physiologique qu'ils auraient succombé de toute façon. Sur les 11 restants, il y a eu 2 guérisons chez des enfants de 2 ans et de 2 ans 1/2. Le tube est resté en place six et sept jours.

Les *avantages* du tubage sont de s'accomplir facilement et sans effusion de sang, de ne pas exposer aux accidents imprévus qui peuvent surgir au cours de toute trachéotomie même entre les mains les plus habiles.

La canule est bien supportée, le soulagement obtenu est instantané et l'air ne pénètre plus froid dans les voies aériennes comme après la trachéotomie.

Les *inconvénients* sont d'abord l'obturation fréquente du tube par les fausses membranes ; il ne faut pas trop compter, comme le font les Américains, sur l'expulsion simultanée du tube et des fausses membranes, quand le tube s'est bouché, M. d'Heilly a toujours vu qu'il fallait en pareil cas retirer en toute hâte le tube pour le déboucher et le replacer. Mais le principal inconvénient est la gêne de la déglutition, principalement pour les aliments liquides, les seuls malheureusement que les enfants atteints de croup prennent sans répugnance. La dysphagie entraîne souvent la production de broncho-pneumonies par introduction de parcelles alimentaires dans les voies aériennes (broncho-pneumonie dite de déglutition). Le plus prudent est d'alimenter les enfants soumis au tubage, dès le début et systématiquement, avec une sonde en caoutchouc par la voie nasale.

M. d'Heilly résume sa communication en disant que le tubage lui paraît indiqué.

1. Chez les tout jeunes enfants, auxquels la trachéotomie offre si peu de chances et qui résistent si mal aux pertes de sang.

2. Dans les croups légers, *paraissant* devoir rester tels, et pour lesquels la trachéotomie est une opération proportionnellement bien grave ;

3. Inversement, dans les cas de diphthéries toxiques, où le malade est dépourvu de toute résistance et incapable de supporter la trachéotomie.

4. Dans les croups secondaires à la rougeole et qui ne donnent jamais de succès par la trachéotomie ; le tubage, dans ces cas, offre peut-être des chances.

5. Enfin, d'une manière générale, dans tous les cas où la trachéotomie est impossible ou dangereuse.

M. d'Heilly ajoute que le tubage est probablement perfectible, tandis que la trachéotomie semble avoir donné, dès le jour où Bretonneau et Trousseau l'ont vulgarisée, tout ce qu'on en peut attendre.

Hémiathétose consécutive à la fièvre typhoïde

M. *Renault* rapporte l'observation d'une jeune fille de 16 ans qui, au cours d'une fièvre typhoïde, à l'âge de 4 ans, a eu une hémiplégie gauche sans convulsions préalables ; trois semaines plus tard se montraient des mouvements athétosiques qui, bien qu'atténués, persistent encore. La face est absolument normale, mais la main gauche est agitée de mouvements variés qui s'opèrent avec lenteur et rappellent la comparaison connue avec ceux des tentacules du poulpe. La main est souvent cyanosée et froide ; le membre tout entier est plus court que celui du côté opposé. Le pied gauche est aussi animé de mouvements athétosiques, mais la marche n'est pas entravée. Les mouvements anormaux cessent quand on ne regarde plus la malade.

Il n'existe aucun trouble de la sensibilité.

M. Renault pense que les troubles ont eu pour origine une encéphalite partielle survenue pendant la fièvre typhoïde, et attestent une fois de plus la relation entre l'hémiplégie spasmodique infantile et les maladies infectieuses. La lésion siège probablement au niveau du noyau intra-ventriculaire du corps strié, comme l'autopsie l'a fait voir à M. Landouzy dans un cas cliniquement semblable.

Ouverture du cours de Pathologie interne.

Le professeur Damaschino a commencé son cours de pathologie interne, devant un public que pouvait à peine contenir le grand amphithéâtre de l'École.

Le discours d'ouverture a porté sur la nécessité de donner pour bases à l'étude de la pathologie interne l'anatomie et la physiologie.

M. Damaschino s'est ensuite attaché à démontrer les avantages qu'offrent les projections et *surtout* les projections dues non pas à des dessins schématiques plus ou moins bien exécutés et se ressentant toujours des opinions personnelles de l'auteur, mais à des *photographies* qui reproduisent dans tous ses détails la pièce anatomique elle-même.

A cet effet, le professeur Damaschino a fait préparer sous sa direction, dans son superbe laboratoire de l'hôpital Laënnec, un nombre considérable de photographies qu'il se propose de projeter dans les diverses séances de son cours.

M. Damaschino ne pouvait mieux faire que de confier le soin des projections à son interne, M. Martha.

Le cours de pathologie interne roulera cette année sur les *maladies de l'appareil respiratoire*. Le professeur Damaschino, depuis sa thèse inaugurale sur les différentes formes de la pneumonie aiguë chez les enfants, a fait des maladies du poumon son étude favorite. La première leçon du cours de pathologie interne a été consacrée à un rapide aperçu sur la structure anatomique du poumon et son développement embryonnaire.

M. Damaschino s'est longuement étendu sur la description du lobule pulmonaire qui « est le pivot de toutes les maladies du poumon », il a montré qu'il « est capable de subir en lui-même un travail inflammatoire propre et qu'il n'est pas toujours le simple « réceptacle des produits qui viennent des bronches, « comme on l'avait cru pendant longtemps ».

Il a également insisté sur les rapports de la bronche lobulaire avec l'artère et sur l'adhérence intime

des vaisseaux lymphatiques aux parois de l'artère. M. Damaschino a signalé aussi l'abondance des vaisseaux capillaires dans le lobule, leur diamètre extrêmement large et plus grand que les espaces qui les séparent.

Il a présenté les parois alvéolaires comme étant formées de tissu conjonctif en petite quantité, de tissu élastique et de cellules épithéliales dont on a longtemps contesté l'existence.

Il a terminé enfin ce rapide aperçu anatomique par la description des vaisseaux lymphatiques qu'il a divisés en deux catégories : les lymphatiques sous-pleuraux qui entourent le lobule en en diminuant le pourtour à la manière des mailles d'un filet et les lymphatiques profonds qui sont adhérents à la paroi de l'artère intra-lobulaire.

Grâce aux nombreuses projections qui, quoiqu'on en ait dit, sont visibles de tous les points de l'amphithéâtre, on a pu suivre *de visu* les descriptions préalablement données par le professeur et supérieures aux schémas, fussent-ils même parfaits (1).

M. Damaschino a commencé l'étude de la pneumonie à laquelle il consacrera plusieurs leçons. Nous nous proposons, une fois cette étude terminée, d'en donner un résumé où l'on trouvera tout ce que la science possède en ce moment de plus exact et de plus récent sur cette affection du poumon.

J. D.

(1) Le cours de M. Damaschino n'est donc pas simplement un exposé magistral, c'est un enseignement imagé et actif qui, en gravant les descriptions développe l'amour des recherches en en faisant comprendre les procédés, aussi est-ce avec une certaine impatience que nous attendons le moment où il abordera le grand problème de la tuberculose auquel Grancher, Thaon, Malassez, Charcot et autres médecins illustres ont apporté le tribut de leurs travaux.

MÉDECINE LÉGALE.

Responsabilité médicale.

Cours de M. Brouardel.

(Notes rédigées par M. Joseph Davéo, stagiaire des hôpitaux.)

Le professeur de médecine légale a eu l'excellente inspiration de consacrer quelques leçons à une des questions les plus importantes de la législation médicale : celle de savoir dans quels cas et comment le médecin est responsable de ses actes.

Personne n'a oublié les leçons mémorables de M. Brouardel sur le secret professionnel, et il n'est pas de médecin qui dans un cas embarrassant n'ait recours aux lumières de notre éminent doyen. Les lecteurs du *Concours médical* accueilleront donc avec faveur ces notes recueillies à son cours.

I

La responsabilité est un fait général, elle doit atteindre tout homme et toute profession ; le médecin qui tient entre ses mains la vie de son malade a une responsabilité *morale pour tous les actes de sa profession* et une responsabilité *effective pour les fautes graves dans certains cas.* Quel médecin, en face de son malade, qui vient de succomber, ne s'est pas dit : ai-je bien fait ce que je devais faire? Ce petit examen de conscience est un caractère inséparable de l'honorabilité du médecin.

De tout temps on s'est demandé aussi si l'on ne pouvait exiger du médecin une responsabilité autre que celle qui a sa sanction dans la conscience.

Les gens du monde, obéissant à un préjugé absurde, disent que le médecin a le droit de vie et de mort sur ses clients. Montaigne cite un auteur qui dit que « *les médecins ont cet heur que le soleil* « *esclaire leur succès et que la terre couvre* « *leur faute* ! »

Quoi qu'on en dise, le titre de Docteur ne confère pas le droit de compromettre impunément la vie des malades, si ce n'est toutefois dans le *Malade imaginaire* de Molière où l'on donne au nouveau docteur avec le diplôme le droit : « *occidendi impune per totam terram* ».

Pourquoi le médecin ne serait-il pas tenu de réparer le dommage qu'il a causé lorsque ce dommage est absolument certain et que la faute est palpable ?

Rien n'est vite trouvé comme un prétexte pour accuser le médecin d'une mort inopinée, d'un accident imprévu, d'une infirmité que l'on attribue au traitement ; parfois même des confrères ne craignent pas de fournir à la famille des armes contre le médecin. Le vieil adage « *pessima invidia medicorum* » est toujours vrai, surtout dans les petites villes de province.

Quoi qu'il en soit, dans aucun pays et à aucune époque, on n'a considéré le médecin comme irresponsable de ses actes, mais toujours il a été difficile d'assigner des limites définies à cette responsabilité du médecin.

II

Historique.

C'est chez les Egyptiens que l'on trouve le premier code médical. « Les Egyptiens, dit Diodore « de Sicile, avaient un livre qui renfermait les règles de la science médicale, auxquelles les médecins étaient tenus de se conformer ponctuellement ; ces règles avaient été tracées par les successeurs les plus immédiats et les plus célèbres du « Dr Hermès. Lorsque les médecins les suivaient « avec exactitude, ils étaient à l'abri de toute poursuite, même lorsque le malade venait à périr; « mais dès qu'ils s'en écartaient, on les punissait « de mort, quelle que fût d'ailleurs l'issue de la maladie »

Chez les Grecs, Plutarque rapporte que Glaucus, médecin d'Ephestion, ayant quitté son malade pour aller au théâtre, celui-ci fit un écart de régime qui causa sa mort. Alexandre, dans sa douleur insensée, fit mettre en croix le malheureux médecin.

A Rome, les médecins étaient régis par la loi *Aquilia*. Le médecin qui avait causé la mort d'un esclave payait une indemnité au patron ; s'il s'agissait d'un homme libre, le médecin encourait la peine capitale. Néanmoins il ne semble pas que la loi ait été fréquemment appliquée, car Pline se plaint en disant : « Les médecins sont les seuls qui « puissent impunément commettre un meurtre. »

La responsabilité médicale se trouve aussi chez les peuples barbares. Chez les Ostrogoths, tout médecin qui avait laissé mourir son malade par impéritie était livré à la famille qui avait plein pouvoir sur lui.

En Allemagne, la responsabilité médicale était

formellement reconnue par la constitution Caroline qui admettait aussi la nécessité d'une expertise sur les faits. Aujourd'hui encore les lois allemandes sont très sévères à ce sujet et, chose bizarre, si on n'a pas le droit d'exercer, on est beaucoup moins puni que si on est docteur ; de plus, les médecins ayant des grades, on peut les faire descendre d'un échelon dans la hiérarchie médicale.

A ce sujet l'on cite l'exemple d'un chirurgien qui, pour consolider une fracture de la rotule, tira un coup de pistolet sur le genou de son malade ; il fut poursuivi et descendu d'un grade, quoique son malade se fût trouvé bien de ce singulier traitement.

En Autriche, on va jusqu'à retirer au médecin l'exercice de sa profession « jusqu'au moment où par « un nouvel examen il aura prouvé qu'il possède « les connaissances qui lui manquaient ».

En Angleterre, quoi qu'il n'existe pas de lois au sujet de la responsabilité, la conduite du médecin y est appréciée très sévèrement selon les circonstances.

En Amérique, la responsabilité est de droit commun.

Il y a des exemples assez fréquents où des médecins font signer à leur malade avant une opération l'engagement de ne rien réclamer, quelle que soit l'issue de l'opération. Ce procédé, il faut en convenir, tout en mettant à l'abri le médecin, n'a rien de bien encourageant pour le patient.

En Italie, la responsabilité résulte des articles 554 et 555 du code pénal qui se rapportent à l'homicide et aux blessures par imprudence, inattention et négligences auxquelles s'ajoute l'impéritie dans la profession que l'on exerce — « *imperizia dell' arte o della professione che esercita* ».

En France la responsabilité médicale a existé de tout temps. En 1596 le Parlement de Bordeaux condamne à 450 livres de dommages et intérêts les enfants d'un chirurgien qui, de son vivant, avait piqué l'artère brachiale dans une saignée.

Quelques années plus tard, il est vrai, le Parlement de Paris, dans une ordonnance, déclare que les médecins et chirurgiens ne sont pas responsables des accidents qui surviennent au cours du traitement : « *quia ægrotus debet sibi imputare cur talem « elegerit.* »

Mais le même parlement de Paris, revenant à d'autres sentiments, condamnait, quelque temps après, certaines méthodes thérapeutiques parmi lesquelles la transfusion du sang, il rendit même un arrêt contre l'émétique, mais en 1666 il fallut le casser ; on en trouve la raison dans les spirituelles lettres de Guy Patin : l'émétique était le remède favori de Louis XIV dans ses indigestions fréquentes.

Plus tard aucun acte judiciaire ne laisse supposer que la responsabilité médicale fût inscrite en termes exprès dans la loi ; la jurisprudence la détermine et lui applique les règles du droit commun. La loi du 19 ventôse an XI ne fait aucune mention à ce sujet (1). Il fallut un certain nombre d'accusations pour que les tribunaux se décidassent à agir. L'expression la plus complète de la doctrine actuelle se trouve dans un rapport de l'Académie de médecine de 1829 où il est dit que la responsabilité des médecins dans l'exercice consciencieux de leur profession ne saurait être justiciable de la loi ; « nulle action juridique ne peut être intentée si ce « n'est en cas d'application coupable des moyens « de l'art faite sciemment, avec préméditation et « dans de perfides desseins ou de criminelles intentions. »

(1) Elle n'a qu'un article sur la médecine, c'est l'article 29 qui ne vise que les officiers de santé, qu'elle rend responsables de toutes les opérations qu'ils pratiqueraient sans l'assistance du docteur.

Le procès du docteur Thouret-Noroy en 1832 divisa les opinions à ce sujet. Ce praticien avait blessé l'artère brachiale dans une saignée et abandonné son malade après un pansement sommaire. La gangrène survint et il fallut faire l'amputation. La cour, s'appuyant sur le simple fait d'avoir abandonné le malade, condamna le médecin à 600 francs d'amende et à une rente viagère de 150 francs.

Ce procès suscita bon nombre de polémiques. Les uns déclaraient par la voie de la commission de l'Association des médecins de Paris que : « le « principe de la responsabilité une fois admis, « l'exercice libre, consciencieux, progressif de l'art « de guérir devenait impossible et l'humanité de- « meurait sans cesse en péril. » Les autres, avec Fodéré à leur tête, considéraient cette immunité « comme un danger et un obstacle à la marche de « la science » et ils demandaient pour l'appréciation des faits un jury médical.

L'irresponsabilité du corps médical fut soutenue devant la cour de cassation au sujet du procès du docteur Thouret-Noroy, par Crémieux, qui alléguait que les officiers de santé sont indemnes lorsqu'ils sont assistés d'un docteur. « A fortiori, ajou- « tait-il, un docteur doit être irresponsable, lors- « qu'il opère lui-même, et il n'y a pas de raison, di- « sait-il, pour qu'on ne laisse pas remonter la respon- « sabilité aux examinateurs qui ont conféré le diplôme « de docteur. » Il concluait en disant que le juge ne pouvait pas s'attaquer au médecin qui, pour lui, n'était coupable que s'il commettait une faute grave et avait manifesté l'intention arrêtée de nuire ou bien s'il avait abandonné son malade.

L'avocat adverse était Dupin qui répondait que, dans toute profession, chacun est responsable de ses fautes. Il citait les notaires comme exemple et ajoutait que « le médecin est responsable du dom- « mage arrivé par sa négligence, par son ignoran- « ce de ce qu'il aurait dû savoir. En vain, disait-il, « on voudrait argumenter en faveur des méde- « cins, des thèses qu'ils ont soutenues, des diplô- « mes dont ils sont porteurs ; en vain on dirait que « le malade doit s'imputer à lui-même *cur talem « elegerit* ; du moment qu'il y a eu négligence, « légèreté, méprise grossière et par là même inex- « cusable de la part d'un médecin ou chirurgien, « toute la responsabilité du fait retombe sur lui, sans « qu'il soit nécessaire à l'égard de la responsabi- « lité purement civile, de rechercher s'il y a eu de « sa part intention coupable. C'est aux tribunaux « à faire application de ce principe avec discerne- « ment, avec modération, en laissant à la science « toute la latitude dont elle a besoin, mais en ac- « cordant aussi à la justice et au droit commun « tout ce qui leur appartient. »

La responsabilité médicale est donc un fait réel et, quoique aujourd'hui encore elle ne soit pas écrite dans nos lois, elle est invoquée, en vertu des principes généraux qui veulent que tout homme réponde du mal arrivé par sa faute volontairement ou involontairement. La double action civile et correctionnelle est admise par la jurisprudence. Les articles sur lesquels s'appuient les tribunaux lorsqu'ils ont à juger un médecin sont les art. 1382 et 1383 du code Napoléon ou code civil qui trouvent leur sanction dans les art. 319 et 320 du code pénal.

Ces articles sont ainsi conçus :

C. C. art. 1382. — « Tout fait quelconque de l'homme « qui cause à autrui un dommage oblige celui par « la faute duquel il est arrivé à le réparer. »

C. C. art. 1383. — « Chacun est responsable du « dommage qu'il a causé non seulement par son « fait, mais encore par sa négligence ou par son « imprudence. »

C. P. art. 319. — « Quiconque par maladresse, « imprudence, inattention, négligence ou inobser- « vation des règlements, aura commis involontaire- « ment un homicide ou en aura été involontaire- « ment la cause, sera puni d'un emprisonnement de « 3 mois à 2 ans et d'une amende de 50 fr. à 600 fr. »

C. P. art. 320. — (Modifié par la loi du 13 mai « 1863). « S'il n'est résulté du défaut d'adresse ou de « précaution que des blessures ou coups, le coupa- « ble sera puni de 6 jours à 2 mois de prison et « d'une amende de 16 fr. à 100 fr. ou de l'une de « ces deux peines seulement. »

Telle est donc la législation actuelle, mais qu'il s'agisse d'appliquer les art. 319 et 320 du code pénal ou les art. 1382 et 1383 du code civil, les magistrats auront toujours à faire une appréciation extrêmement délicate, et où en général le fait dominera le *droit*.

Ce coup d'œil historique montre que la responsabilité médicale a été appliquée à toutes les époques et dans tous les pays et qu'elle s'est adoucie avec les progrès de la science et de la civilisation.

(*A suivre.*)

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Exercice illégal avec la connivence de la commission administrative d'un hospice.

Béziers, le 3 avril 1888.

A Monsieur le directeur du *Concours médical*,

Monsieur et honoré confrère,

Au nom de l'Association médicale de l'arrondissement de Béziers, je viens vous demander d'insérer dans votre estimable journal un fait d'exercice illégal de la médecine accompagné de circonstances d'une gravité exceptionnelle. Vous trouverez ci-incluses les pièces y relatives. Notre confrère, odieusement lésé, loin d'obtenir la satisfaction qui lui était due, a vu l'administration préfectorale se faire la complice des coupables. Nous avons pensé qu'une campagne menée dans la presse médicale aurait peut-être pour résultat d'éveiller l'attention des pouvoirs publics ; si nos protestations restent vaines, au moins aurons-nous fait le possible pour que justice nous soit rendue.

Agréez, etc.,

Votre dévoué confrère,

Dr Rome,

Secrétaire de la Société locale de Béziers, Hérault.

Première lettre du Dr Aoust au Préfet de l'Hérault.

Monsieur le Préfet,

Le soussigné, médecin de l'hospice de Cazouls-lès-Béziers, a l'honneur de porter à votre connaissance le fait suivant :

Le 17 de ce mois, après-midi, un ramoneur adulte tombe d'une cheminée et se fait une fracture incomplète de la colonne vertébrale à la région lombaire. Appelé en toute hâte, j'admets d'urgence le sinistré à l'hôpital et le billet d'admission est contresigné par le président de la Commission administrative. Le lendemain, à 2 heures, je reçois la visite de l'ordonnateur qui, après bien des circonlocutions, m'annonce, au nom de ses collègues et du public adepte de l'empirisme, l'intention d'appeler un rebouteur. Je lui fais observer que l'application de cette détermination serait incorrecte et que, soit que la visite du rebouteur eût lieu à l'hospice même ou bien en dehors, cette détermination constituerait en fait une reconnaissance de l'exercice illégal de la médecine. Malgré tous mes efforts pour le dissuader et épargner à la Commission administrative une pareille insanité, comme aussi pour conjurer un humiliant affront à l'Institution hospitalière et un préjudice réel porté à la clientèle indigente, l'ordonnateur provoque une réunion extraordinaire du conseil, laquelle a lieu le 19 à 2 heures et demie. Une délibération était prise, mais, par un reste de pudeur, cette délibération n'a pas été consignée sur le registre ad hoc. Toujours est-il que le jour même, à 5 heures du soir, l'ordonnateur, accompagné d'un de ses collègues et de trois hommes de peine, enlevait d'office le malade sinistré et furtivement, sans le consulter, sans avoir au préalable demandé et obtenu mon adhésion, comme l'y oblige l'article 9 du règlement en vigueur, le faisait porter à l'auberge pour y recevoir les manipulations du rebouteur.

Monsieur le Préfet, si la sortie du malade avait été librement consentie et voulue par lui ou sa famille, j'aurais fermé les yeux et je me serais contenté de hausser les épaules ; mais, l'administration, prenant elle-même l'initiative de cette évacuation et l'opérant administrativement, mon devoir est de protester et je le fais hautement, certain en cela de l'approbation de mon honoré confrère de la localité et du corps médical tout entier. Au surplus, comme ma situation devient, dès ce moment, très fausse, vis-à-vis d'une commission administrative qui fait ainsi bon marché de la dignité médicale, je n'hésite pas, monsieur le Préfet, à vous présenter ma démission, laquelle sera rendue effective à partir du 1er février prochain. Jusque là je conserve le service pour continuer mes soins aux malades qui sont en cours de traitement et aussi pour vous donner le temps d'aviser au sujet du conflit.

En attendant que satisfaction, comme je l'espère, soit donnée en ma personne au corps médical,

J'ai l'honneur d'être, monsieur le Préfet, votre très humble et très respectueux serviteur.

Dr Aoust.

Cazouls-les-Béziers, le 22 janvier 1888.

On lit dans un journal de la localité :

Cazouls-les-Béziers. — *Les Rebouteurs.* — *L'incident de l'hospice de Cazouls-les-Béziers.* — On sait qu'à la suite de cet incident une plainte fut adressée par M. le docteur Aoust à M. le préfet de l'Hérault.

On nous communique les documents suivants que nous nous faisons un devoir de publier :

Montpellier, le 15 février 1888. — Monsieur le docteur : En réponse à votre lettre du 22 janvier dernier, j'ai l'honneur de vous transmettre copie d'une délibération par laquelle la commission administrative de l'hospice de Cazouls-les-Béziers fournit des explications au sujet de la plainte que vous m'aviez adressée.

La commission exprime ses regrets au sujet de cet incident, et vous estimerez sans doute que les explications fournies par elle vous donnent entière

satisfaction, et qu'il n'y a pas lieu de donner suite à votre démission.

Recevez, etc. — Le préfet de l'Hérault, POINTU.

Copie de la délibération de la commission de l'hospice de Cazouls-les-Béziers. — Séance du 11 février 1888. — L'année 1888 et le 11 février, la commission administrative de l'hospice de cette commune s'est réunie au nombre prescrit par la loi, dans le lieu ordinaire de ses séances, sous la présidence de M. Martel Alban.

Présents : MM. Gairaud (Etienne), Martin (Joseph), Martin (Jean).

Absents : MM. Bru (Joseph), Roucairol (Joseph), Gleizes (Paul).

La commission administrative de l'hospice de Cazouls-les-Béziers, après avoir entendu la lecture d'une lettre de M. le sous-préfet dans laquelle ce dernier lui demande une délibération motivée sur la plainte du docteur Aoûst concernant la sortie d'un malade, a l'honneur d'exposer ce qui suit :

Le 19 janvier M. l'ordonnateur recevait une lettre des frères du malade par laquelle ils lui demandaient la sortie de l'hospice pour le soigner à leur guise.

Il ne crut pas urgent, en ce cas, de prévenir le médecin de l'établissement, comme le veut l'article 9 du règlement.

Les membres de la commission, se trouvant réunis ce jour-là dans l'après-midi, prirent connaissance de ladite lettre et donnèrent à l'unanimité leur adhésion à la sortie du malade dont il est question.

En conséquence, sur la demande écrite des frères du malade et afin que ceux-ci pussent le faire soigner à leur guise, ils décidèrent de le rendre immédiatement à sa famille, ne croyant pas, en agissant ainsi, froisser le docteur Aoûst, ni porter atteinte à sa considération...

La commission a donc agi de bonne foi et elle regrette cet incident.

Signés au registre : Gairaud (Etienne), Martin (Jean), Martin (Joseph).

BÉZIERS. — Au reçu de la lettre de M. le préfet, lui communiquant la délibération ci-dessus, M. le docteur Aoûst a fait la réponse suivante :

Monsieur le Préfet,

Je viens vous accuser réception de votre réponse en date du 15 courant, ainsi que de la copie de la délibération de la commission administrative qui l'accompagne et lui sert de base d'appréciation.

Après avoir soumis cette délibération à un examen sérieux et attentif, je dois vous déclarer que je ne puis nullement en accepter les allégations, parce qu'elles sont en contradiction formelle avec la teneur de ma lettre du 22 janvier dernier dont, sur mon honneur et conscience, je garantis la plus rigoureuse exactitude.

Dès lors, les témoignages de « bonne foi » et de « regrets », exprimés par la commission, manquent, à mon avis, de fondement, me touchent peu et ne constituent pour moi, ni pour le corps médical, la moindre satisfaction.

En conséquence, comme j'attache plus de prix à ma considération qu'aux honneurs, j'ai le regret de vous annoncer, M. le préfet, que je maintiens énergiquement ma démission.

Veuillez agréer, je vous prie, en retour de votre bienveillance et de votre cordialité, les sentiments de vive gratitude avec lesquels je suis heureux de me dire, M. le préfet,

Votre très humble et très respectueux serviteur.

Dr AOÛST.

Cazouls-les-Béziers, le 24 février 1888.

De son côté, l'Association médicale de l'arrondissement de Béziers a protesté par la lettre suivante adressée à M. le préfet :

Monsieur le préfet,

Au nom de l'Association des médecins de l'arrondissement de Béziers dont j'ai l'honneur d'être président, je joins mes vives protestations à celles de mon honoré confrère le docteur Aoûst, de Cazouls-les-Béziers. Des administrateurs d'un hôpital, vos délégués, nommés par vous, Monsieur le préfet, n'ont pas craint, d'abord de proposer et d'essayer d'imposer à notre confrère la collaboration officielle d'un rebouteur dans un service hospitalier. Ensuite, sur le refus indigné du docteur Aoûst, ils ont fait sortir le malade de l'hôpital, malgré les protestations de ce dernier, l'ont livré aux manipulations d'un rebouteur, qu'ils ont certainement payé avec les deniers de l'hôpital.

Une enquête vous démontrera facilement, M. le préfet, que tous les faits allégués par le docteur Aoûst sont rigoureusements exacts.

La prétendue lettre, mise en avant comme excuse par les administrateurs, si elle existe, n'a pu être écrite qu'après coup, pour les besoins de la cause.

Cette affirmation résulte de mon enquête personnelle auprès du malade et de l'un des frères. Toutes ces circonstances font de cet incident un fait d'exercice illégal de la médecine particulièrement odieux et blessant pour le corps médical.

Le docteur Aoûst et le corps médical avec lui ne peuvent accepter comme satisfaction suffisante les dénégations intéressées de faits qui sont de notoriété publique : ils comptent sur votre justice et votre fermeté, pour rappeler vos mandataires au respect de la loi.

Veuillez agréer, Monsieur le préfet, etc.

Dr THOMAS,

Président de la Société locale de l'arrondissement de Béziers (Hérault)

Comme renseignements complémentaires, nous dirons que le malade, occasion de cet incident, est entré à l'hôpital de Béziers, le lendemain du jour qu'il est sorti de celui de Cazouls. C'est ainsi que le docteur Thomas, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu, a pu faire l'enquête dont il est parlé dans l'adresse de protestation au préfet.

A la seconde lettre du Dr Aoûst, le sous-préfet de Béziers a répondu en acceptant sa démission. Nous apprenons que, le collègue du Dr Aoûst à Cazouls, ayant refusé énergiquement de lui succéder, c'est le médecin d'un village voisin qui a accepté.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU CONCOURS MÉDICAL

M. le Dr LETAILLEUR à Renescure (Nord), présenté par le docteur Lemaître, de Renescure.

M. le Dr GUIDERDONI à Allauch (Bouches-du-Rhône), présenté par le docteur Canazzi de Cuges.

BULLETIN DES SYNDICATS
ET DE
L'UNION DES SYNDICATS

Directeur : Dr BARAT-DULAURIER

Le travail ci-dessous de notre confrère, le Dr Lécuyer (de Beaurieux) a été communiqué à la commission de l'Union des Syndicats, et le syndicat d'Aisne-et-Vesle a mis la question à son ordre du jour. (*N. de la R.*)

Syndicat d'Aisne-et-Vesle

Organisation de la médecine gratuite dans le département de l'Aisne (1864-1886).

Aujourd'hui que les pouvoirs publics veulent bien s'occuper de l'Assistance publique dans les campagnes, que cette question figure dans les programmes gouvernementaux, que l'Union des Syndicats médicaux a nommé une commission pour l'étudier et proposer la meilleure solution, il est du devoir de tous les praticiens, et principalement de ceux qui ont eu l'honneur d'être nommés membres de ladite commission par leurs confrères, de renseigner et de publier ce qui se passe dans leurs départements respectifs.

Il y a un département où il existe une organisation nouvelle et qui donne, paraît-il, depuis 3 ans qu'elle fonctionne, de bons résultats ; je veux parler du département des Vosges, et cela grâce au zèle et l'activité de notre collègue Lardier ; des organisations différentes, mais aussi satifaisantes existent dans le Loiret et la Haute-Saône, organisations qui ont été communiquées par nos collègues Gassot et Gauthier.

Je veux parler aujourd'hui de l'organisation médiocre à plus d'un titre qui existe, très peu modifiée depuis sa fondation, dans le département de l'Aisne, mais qui à l'époque où elle fut installée, était un progrès sensible.

Toutes ces organisations différentes constitueront un dossier fort intéressant et pourront être jointes en annexes aux résolutions bien étudiées de la commission.

§

Le 10 février 1882, M. Castaing, préfet de l'Aisne, adressait aux maires de son département une circulaire demandant à tous les conseils municipaux de se prononcer sur l'utilité de la création dans le département d'un service médical gratuit en faveur des indigents, et de faire connaître le chiffre de la subvention annuelle qu'ils consentiraient à voter en principe en vue de l'institution projetée.

Il indiquait comme suffisante une subvention calculée à raison de 6 centimes par habitant, ce qui, en admettant le concours unanime des communes, aurait fourni environ 34.000 fr. En ajoutant les subventions des hospices et bureaux de bienfaisance, ainsi que celles du département et de l'Etat, on pouvait avoir 50,000 fr., ce qui lui paraissait suffisant. Sur 836 communes, 575 reconnurent l'utilité de l'œuvre et votèrent la subvention demandée. De plus, un grand nombre l'élevèrent à 10 et même 12 centimes.

Le même préfet avait fait étudier un projet par l'Association locale de Laon, qui avait nommé une commission composée de MM. Dupuy (de Festieux), président, Lecygne, Leroux, Cofgnon, Pormé, et Guipon, rapporteur.

§

Le regretté docteur Guipon fit un travail extrêmement remarquable et, comme conséquence, dans une nouvelle circulaire, en date du 25 novembre 1862, le préfet constatait que le projet était approuvé par le corps médical qui consentait à se charger du service moyennant une indemnité de 1 fr. 45 par tête d'indigent, soins et médicaments compris. Dans cette circulaire également le préfet constate que la somme de 6 centimes est insuffisante et qu'il faut la porter à 10 centimes. Voici son calcul :

50.000 indigents à 1 fr. 45 =	72.500 fr.
Frais divers....................	2.500
Total	75.000

Pour cette dépense, il compte sur :

Subvention des communes......	55.000 fr.
» de l'Etat, du département, des hospices et des bureaux de bienfaisance........	20.000 fr.
Total égal..............	75.0.0 fr.

Enfin, il finissait par convoquer les conseils municipaux pour voter ces 10 centimes.

Le 11 juillet 1863, nouvelle circulaire, qui constate que 708 communes ont donné leur adhésion au nouveau projet, soit 133 communes de plus. Les subventions offertes par les hospices est de 4,160 fr. et par les bureaux de bienfaisance...... 8,155.

Total.....................	12,315

Le 15 mai 1864 le préfet constate les ressources en caisse :

680 communes fournissent..fr.	40.445 70
142 bureaux de bienfaisance...	7.847 70
15 hospices..................	4.160
Total.............	52.453 40

Toutes ces sommes sont centralisées à la recette générale.

§

Voici les articles intéressants du règlement du *service médical gratuit en faveur des indigents*, règlement en date du 24 novembre 1863 et inséré dans le bulletin de la préfecture de l'Aisne :

1° Le service comprend les soins ordinaires en cas de maladie, les opérations chirurgicales, et la fourniture des médicaments.

Il est organisé par circonscriptions comprenant une ou plusieurs communes ou fractions de commune.

2° Ressources : cotisations annuelles fournies par les communes d'après le chiffre de la population totale officielle et à raison de 10 centimes par habitant ; subventions diverses ; dons ou souscriptions ; toutes ces ressources sont centralisées à la recette générale.

4. Le nombre des médecins est indéterminé ; les docteurs ou officiers de santé dont l'adhésion a été obtenue sont nommés pour 3 ans par le préfet sur la proposition d'une commission communale dite de bienfaisance qui se compose du maire, de deux membres du conseil municipal pris dans l'ordre du tableau, d'un délégué de l'hospice (où il en existe) et des conseillers généraux, d'arrondissement, juges de paix et percepteurs, membres de droit dans leur résidence respective. Le greffier de la mairie est secrétaire.

5. Les médecins de bienfaisance sont chargés : 1° de donner leurs soins aux malades indigents ;

2° de faire toutes les opérations chirurgicales, sauf celles dont le succès serait plus assuré dans les hôpitaux ;

3° de prescrire, en cas d'épidémie, les mesures hygiéniques les plus urgentes, en attendant l'arrivée du médecin officiel des épidémies, qu'ils pourront, de concert avec le maire, réclamer près de l'autorité supérieure, et de seconder ce médecin dans l'accomplissement de sa mission ;

4° de fournir chaque année sur le service de leur circonscription un rapport dont le cadre leur sera transmis par le préfet.

5° de correspondre avec l'administration et le conseil d'hygiène et de salubrité de l'arrondissement pour tout ce qui intéresse la sûreté et la salubrité publiques.

Le Titre II traite des circonscriptions médicales et est peu intéressant.

Titre III. Liste des indigents.

12. Tous les ans, dans le mois de novembre, les commissions communales de bienfaisance dresseront et arrêteront les listes des indigents qui seront appelés l'année suivante à jouir du traitement gratuit.

Cette commission se compose des membres désignés en l'art. 4, plus le curé ou pasteur où il existe, le médecin de bienfaisance de la circonscription, et d'un pharmacien désigné par le maire dans les communes pourvues d'officine.

14. En cas d'opposition du médecin ou du pharmacien, relativement aux indigents inscrits ou rejetés, il sera fait une mention spéciale au procès-verbal.

Les difficultés sont soumises au préfet qui décide.

16. Il peut être fait des additions et des radiations dans le courant de l'année. La commission sera réunie pour cela, et ses décisions doivent être approuvées par le préfet.

Titre IV. Médicaments.

18. Les médicaments seront délivrés gratuitement aux indigents, par les médecins dans les pays dépourvus d'officine, par les pharmaciens, sur ordonnance, quand l'indigent habite une localité où il y a une pharmacie, ou que le médecin ne voudra pas user de son droit de fourniture.

Dans ces deux derniers cas, le médecin restera débiteur vis-à-vis du pharmacien, du montant de ses ordonnances, ou, s'il le préfère, ces frais seront supportés par l'œuvre elle-même, mais il n'aura droit alors qu'à l'indemnité des visites proprement dites, c'est-à-dire à 100 fr. par cent indigents inscrits sur les listes de sa souscription.

19. Lorsque le médecin ne prend pas les médicaments à son compte, le pharmacien les fournit ; il peut le faire par abonnement et recevra alors une indemnité à forfait de 45 fr. par 100 indigents inscrits ; lorsqu'il n'aura pas d'abonnement, il fournira son mémoire d'après un tarif spécial.

20. En cas d'épidémie dûment constatée, les médicaments cessent d'être à la charge des médecins ou pharmaciens abonnés, jusqu'à la fin de l'épidémie.

Titre V. Exécution du service.

22. Chaque chef de famille indigent aura une carte signée par le maire.

23. Les indigents seront invités, toutes les fois que leur maladie le permettra, à aller consulter le médecin chez lui.

Les médecins de bienfaisance seront tenus à indiquer les jours et heures où, à moins d'empêchement, ils donneront des consultations à leur domicile.

Sur la demande du maire, ou, à son défaut, d'un membre de la commission, les médecins de bienfaisance se transporteront chez les malades indigents inscrits qui ne pourraient sans inconvénient se déplacer. Cette demande résultera de l'inscription de la signature du maire sur la carte d'admission avec l'énonciation du jour où le malade aura réclamé des soins.

Dans les cas urgents, le médecin pourra être appelé directement par le malade ou sa famille sans autre formalité que la représentation de la carte.

24. En cas d'opération grave pouvant être ajournée, le médecin sera autorisé à demander au préfet l'admission des malades dans l'hospice le plus voisin.

L'art. 25 concerne les cartes d'indigents et l'art. 26 les difficultés qui peuvent survenir ; dans ces cas le préfet statue.

Titre VI. Art 27. Les fonctions de médecin de bienfaisance sont avant tout honorifiques. Néanmoins elles donnent droit à une indemnité annuelle calculée à raison de 145 fr. par 100 indigents inscrits, dont 100 fr. pour visites et 45 pour médicaments.

L'art. 28 parle d'indemnités complémentaires en cas d'épidémies ou d'opérations graves ; il n'a jamais été appliqué.

Titre VII. Récompenses On promet des médailles aux médecins qui se sont distingués.

Art. 31. Bien que le service de la médecine gratuite ne puisse, quant à présent, s'étendre *aux accouchements* et aux vaccinations, néanmoins des récompenses pourront être également accordées aux médecins qui justifieront avoir pratiqué gratuitement pour les indigents inscrits un plus grand nombre de ces opérations.

§

Voici, dans ses lignes principales, ce projet d'organisation bien rudimentaire de la médecine gratuite dans l'Aisne.

Voyons comment il a fonctionné depuis 1864.

En 1866, les dépenses sont de

Médecins..........	29.287 fr.
Médicaments.........	10.825
Total..........	40.112 fr.

Nous sommes déjà bien loin des 75,000 fr. annoncés.

1867	Médecins...... / Médicaments..	41.632 fr.
1868	Médecins...... / Médicaments..	41.326 fr.

Nous pouvons constater que ces 3 exercices sont à peu près semblables comme total, mais que les frais de médecins diminuent de plus en plus et que les médicaments augmentent.

Ce service diminuera de plus en plus d'importance. C'est ainsi qu'en 1880 il n'y avait plus que 314 communes d'inscrites.

Voici le tableau complet pour 1881 :

309 communes.

15.566 indigents inscrits.

Ressources	Communes......	19.785	25.568 fr.
	Bureaux.........	5.781	
	Hospices.........	140	
	Souscript. partic.	262	
Dépenses..	Médecins.........	17.054	28.224 fr.
	Médicaments....	9.261	
	Récomp. p. acc..	1.909	

Déficit, 2,655 fr.

En 1882 — 297 communes, 16.287 inscrits, déficit 4874 fr.

En 1884 le préfet lui-même constate ces faits et demande une subvention pour combler le déficit ; il *trouve que les 0 fr. 10 c. par tête d'habitant donnent une somme complètement insuffisante, que l'indemnité donnée aux médecins et aux pharmaciens n'est pas assez forte.*

1884 { 275 communes. 14.245 indigents.

Ressources 24.694 fr.
Dépenses 25.862 Encore le déficit !

Une subvention départementale de 3,000 fr. est accordée.

Le rapporteur est frappé du petit nombre de communes abonnées et se demande quelles sont les causes d'abstention pour une œuvre si utile.

En 1886 — 251 communes, 12,383 indigents.
Ressources 28,255 fr. ; dépenses, 26,951 fr.

Boni 1,304 fr. ; mais il est à remarquer que les indemnités pour accouchements gratuits ne sont pas soldées. On il est maintenant alloué 10 fr. par accouchement et 0 fr. 50 c. par kil. parcouru.

Voici un tableau qui fera voir la marche croissante des fonds alloués, et en raison inverse du nombre des communes :

1882	1338 fr.	297 communes
1883	1452	274 »
1884	1543	275 »
1885	1960	261 »
1886	2100	251 »

Donc le service, quand cela sera payé, sera en déficit. Le conseil général vote une subvention de 3000 fr.

Conclusion.

La première chose qui saute aux yeux, pour ainsi dire, c'est l'urgence de l'*obligation* des impositions pour la médecine gratuite de la part des communes. *Il faut pour cela absolument une loi qui l'impose et en fixe le quantum.*

Nous voyons qu'en 1864, il y a 680 communes inscrites et un budget d'environ 52,000 fr. ; or en 1886 il n'y a plus que 251 communes et 26,100 fr. seulement ; encore le service ne peut-il marcher qu'avec une subvention annuelle de 3,000 fr.

Ces chiffres sont éloquents !

A quoi un pareil état de choses tient-il ?

A différentes causes : d'abord, les listes sont mal faites, les médecins les signent d'abord, puis au bout d'un certain temps ils refusent ; l'indemnité est dérisoire et souvent on fait entrer dans les listes des gens très capables de payer leur médecin.

Comment fait-on les listes ? J'ai devant les yeux un exemple typique.

La commune de X... a 108 habitants, à 0 fr. 10 par tête cela fait 10 fr. pour le médecin, — à 2 fr. par indigent, cela fait 5 indigents. Pas du tout, on met 5 chefs de familles composées chacune de 5 membres, ce qui fait que le médecin a 25 *indigents à traiter pour* 10 fr. ! car il n'est pas probable que l'indigent, ne pouvant payer pour lui, paiera pour sa femme et ses enfants !

Et cela se passe presque toujours ainsi !

Quand une famille est indigente, la commune doit payer pour tous ses membres qui doivent tous être inscrits.

Maintenant la dépense est facultative ; aussi beaucoup de communes biffent-elles les crédits, en se disant (ce qui est vrai à notre honneur) que les malades seront soignés quand même, mais en alléguant à l'autorité supérieure qu'il n'y a pas d'indigents chez elles, j'ai observé le fait plusieurs fois.

Mais les soins médicaux et pharmaceutiques ne suffisent pas, et les bureaux de bienfaisance existent dans peu de communes rurales.

Je demande que non seulement l'impôt, mais encore que la création d'un bureau de bienfaisance soit obligatoire dans chaque commune ; les crédits seront centralisés au département qui répartira les sommes entre les communes suivant le nombre de leurs indigents.

La liste des indigents dressée par les bureaux de bienfaisance devra toujours être soumise à l'approbation du médecin.

On a souvent parlé d'hospice cantonal. C'est impraticable. Du moins existe-t-il des hospices d'arrondissement. Le département doit abaisser le plus possible la rétribution à fournir aux dits hospices, et encourager les communes à y envoyer leurs malades graves ; tout le monde y gagnera : les communes et le médecin.

Les accouchements doivent être compris dans le service de bienfaisance.

C'est à la commission à étudier le meilleur mode de fonctionnement de la médecine gratuite dans les campagnes : savoir s'il existera par abonnement, ou par visite ; s'il y aura des circonscriptions médicales ou si l'indigent aura la liberté de choisir son médecin. Mais nous devons poser en principe et tout d'abord que c'est une *obligation* pour les communes de soigner leurs indigents, le département et l'Etat devant aider les communes hors d'état d'y faire face.

Mais ce n'est pas sur le médecin seul que doit retomber ce soin, il a assez de charges de toute espèce ; il doit donc être indemnisé raisonnablement suivant l'importance des services rendus.

Le pauvre et surtout le pauvre malade *a droit* à l'assistance, et la collectivité a *le devoir* impérieux d'y veiller avec sollicitude.

Dr H. LÉCUYER,
De Beaurieux (Aisne), *Secrétaire perpétuel du Syndicat d'Aisne-et-Vesle.*

NOUVELLES

Les inspecteurs généraux de l'enseignement supérieur ont été supprimés, malgré les efforts de M. le Dr *Cornil*, au Sénat. Il n'y a plus, à dater du 1er avril dernier d'inspecteur général de la médecine. M. Gavarret, atteint par cette mesure budgétaire, est nommé, comme M. Berthelot, inspecteur honoraire de l'instruction publique.

— Le Dr Moreau, de La Rochelle, vient d'être nommé membre titulaire de la Société de Médecine pratique.

NÉCROLOGIE

Nous avons eu le regret d'apprendre la mort de M. le Dr Pion, directeur du POITOU MÉDICAL.

Ce journal, sera désormais dirigé par MM. les docteurs Brossard et Rolland.

Le Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André, 3

Dixième année | N° 19 | 12 Mai 1888

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE

Dissolution de la Société de médecine de Strasbourg.

Nous venons d'apprendre avec chagrin et indignation cet acte d'arbitraire et de violence qui, après 18 ans d'annexion, ne peut s'expliquer par aucune nécessité politique. Une société médicale qui tient un rang des plus honorables dans le concert scientifique Européen, s'est vue brutalement dissoute par les autorités allemandes, avec injonction de cesser immédiatement son fonctionnement. On lit dans le *Journal d'Alsace*, qui nous a signalé cette manifestation du Culturkampf :

« En 1845, la Société de médecine a fondé l'Association de prévoyance des médecins du Bas-Rhin, Société de secours qui alloue des subventions à des médecins vieux et infirmes, à des veuves ou à des orphelins de médecins, et jusqu'à ce jour les deux associations ont marché côte à côte, pour le bien de la science et de l'humanité, sans jamais, nous le répétons, faire quoi que ce soit qui ressemblât à une démonstration politique. Du reste, jamais remontrance, jamais avertissement, jamais injonction quelconque n'a été adressée à la Société de médecine par l'autorité allemande.

Le bureau de la Société, qui était renouvelé en partie chaque année, se composait actuellement de M. le Dr P. Meyer, *privat docent* à l'Université, président ; de MM. le Dr Wœhrlin, médecin d'arrondissement à Strasbourg, et le Dr Bostetter, médecin cantonal à Brumath, vice-présidents ; le Dr Em. Müller, premier secrétaire, et Dr Kreiss, deuxième secrétaire ; Wœhrlin, ancien pharmacien, trésorier ; le professeur Eug. Bœckel et le professeur Kœberlé, membres du comité de publication.

Parmi les membres titulaires de la Société, nous trouvons les professeurs alsaciens de l'Université de Strasbourg, des médecins d'arrondissement, cantonaux, des chemins de fer d'Alsace-Lorraine ; parmi les membres correspondants, à côté de célébrités médicales de France, d'Espagne, de Belgique, de Suisse, d'Autriche-Hongrie, d'Italie, d'Angleterre, de Russie, nous voyons le professeur Biermer, de l'Université de Breslau ; le Dr Mayer, de Mayence ; le professeur Moos, de l'Université de Heidelberg ; le Dr Seeligmann, de Bade ; le Dr Stabel, de Kreuznach ; le professeur de Trœltsch, de l'Université de Wurzbourg ; le Dr Varrentrapp (récemment décédé), de Francfort.

La Société de médecine publiait, tous les ans, un volume de mémoires, dans lequel figuraient les travaux présentés et lus par ses membres dans ses séances mensuelles. Ce recueil était très recherché du monde scientifique et constituait pour la médecine strasbourgeoise des annales précieuses ».

L'antypirine débaptisée : l'analgésine.

M. *Bourgoin* a annoncé à l'Académie que l'administration de l'Assistance publique avait pris la résolution de modifier le nom d'antipyrine, adopté par la compagnie étrangère qui s'est arrogé le monopole de la fabrication de ce produit. Au point de vue médical, le terme d'antipyrine n'a plus guère de raison d'être maintenu, puisqu'on sait que les propriétés antipyrétiques de la diméthyloxyquinizine sont bien insignifiantes à côté de son action analgésique ; c'est donc le terme d'*analgésine* sous lequel les médecins des hôpitaux devront prescrire désormais ce médicament, dont l'Assistance publique pourra, sous ce nom nouveau, mettre en adjudication la fabrication en s'adressant aux fabricants français ; on pourra dès lors compter toujours sur un produit d'une pureté parfaite et on ne sera plus exposé à avoir de l'antipyrine jaunissant à l'air et répandant l'odeur de la benzine. Toutefois nous dirons dans le prochain numéro pourquoi M. Dujardin-Beaumetz a exprimé le regret de voir débaptiser l'antipyrine.

Hyperchlorhydrie et atonie de l'estomac.

Sur ce sujet, M. G. Sée a fait une communication à l'Académie en son nom et au nom de MM. A. *Mathieu* et R. *Durand-Fardel.*

On se souvient qu'au mois de janvier, M. G. Sée insistait à l'Académie sur la recherche de la proportion d'acide chlorhydrique contenue dans le suc gastrique ; il indiquait, comme le meilleur réactif, la phloro-glucine-vanilline — dont la valeur a été fortement contestée d'ailleurs. Aujourd'hui il communique des remarques sur la dilatation de l'estomac avec hyperchlorhydrie : au lieu de 1,5 pour 1,000, il a trouvé, dit-il, 3, 4, et même 5 pour 1.000 de cet acide dans le suc gastrique de treize malades, appartenant à la catégorie des dilatés. Cette acidité exagérée explique, d'après lui, les spasmes douloureux dont se plaignent les malades, les sensations de brûlure, de fausse faim, qui se produisent surtout 4 à 5 heures après le repas et que la plupart des médecins qui se sont occupés de la pathologie de l'estomac ont jusqu'ici attribuées à l'irritation causée par des acides gras résultant de fermentations anormales. L'alcalinisation du suc gastrique doit précéder tout autre traitement dans ces cas ; mais il convient de ne pas prescrire au hasard le bicarbonate de soude ; ce sel alcalin doit être donné, non au commencement du repas, mais quatre à cinq heures après ; c'est le seul moment où il puisse être utile. Le régime doit se composer de viandes légères et surtout d'œufs, car les albuminates sont bien digérés. Il ne faut pas abuser du lait. Les substances amylacées sont mal supportées par les malades atteints d'hyperchlorhydrie ; comme boisson, M. G. Sée conseille l'infusion de thé tiède prise en notable quantité.

Diabète sucré avec altérations du pancréas.

M. *Lancereaux* a déjà signalé en 1877 les lésions du pancréas rencontrées chez des diabétiques, et, tenant compte de la physionomie spéciale du diabète observé dans ces cas (diabète maigre), il avait été conduit à admettre la possibilité d'une relation entre ces lésions et la glycosurie.

M. Lancereaux possède maintenant, à l'appui de son opinion, un total de vingt cas, dont quatorze suivis de mort. Le début de la maladie, dans tous ces cas, s'est produit au milieu de la pleine santé ; il a été brusque, presque subit et s'est manifesté par de la polydipsie, bientôt suivie de polyphagie et de polyurie avec glycosurie : en même temps, survenaient un amaigrissement rapide, une déperdition progressive des forces physiques et génitales, et un changement notable dans le caractère des personnes affectées. A ces symptômes s'ajoutaient enfin des désordres provenant du trouble général de la nutrition, et tout particulièrement la sécheresse de la peau, la chute des cheveux et des dents.

La soif, toujours vive et impérieuse, souvent plus intense la nuit que le jour, tourmente le sommeil des malades ; ceux-ci se plaignent de sécheresse de la gorge, de sensations pénibles diverses ; l'un d'eux disait qu'il lui semblait avoir du plâtre dans la bouche ; un autre était pris d'une céphalalgie qui disparaissait lorsqu'il avait étanché sa soif. La quantité de boissons ingérées dépasse, en général, cinq litres dans les vingt-quatre heures ; on a vu des malades qui buvaient jusqu'à douze et quinze litres dans cet espace de temps.

La polyphagie est relativement moins intense, mais cependant encore très grande et parfois dévorante. La quantité d'aliments ingérés est beaucoup plus considérable que dans l'état normal ; les malades arrivent à manger en abondance de la viande et des œufs. La langue est tantôt normale, tantôt légèrement saburrale ; à une phase avancée de la maladie elle devient rouge, se desquame ; puis l'appétit diminue et il se produit quelquefois du muguet et une diarrhée plus ou moins abondante. Les selles sont peu douloureuses, jaunâtres, rarement graisseuses. Deux malades ont dit à M. Lancereaux avoir éprouvé, dès le début de leur maladie, ou même un peu plus tôt, de vives douleurs à l'épigastre. Ces douleurs, qui avaient le caractère des coliques abdominales, ont particulièrement attiré son attention, et dans un cas du moins elles le conduisirent à diagnostiquer une lithiase pancréatique qui fut confirmée par l'examen nécroscopique.

FEUILLETON

Etude sur les caisses médicales de secours et de prévoyance,

Par le Dr Schoenfeld, de Bruxelles (*Suite*).

IX. — HOLLANDE. La *Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der geneeskunst,* fondée à Amsterdam en 1848 et divisée en 27 branches, vient en aide aux médecins vieux et infirmes, ainsi qu'à leurs veuves. Les contributions volontaires se sont élevées de ce chef à plus de 1,000 florins.

Une Caisse des Veuves a été créée, comme institution indépendante. C'est le *Weduwe fonds voor Genees en Verloskundigen, Apothekers en Vee-Artsen,* approuvé par arrêtés royaux de 1850 et de 1858. Elle réunit toutes les professions médicales, même les droguistes ; sont exceptés les praticiens âgés de plus de 65 ans et les médecins de l'armée et de la marine.

On s'affilie par *part* dont on peut réunir jusqu'à 10. Le droit à la pension n'existe qu'après le paiement de 3 cotisations. Celles-ci sont calculées, suivant un tableau très explicite, d'après l'âge des époux ; elles varient de 11 à 48 florins par part.

Le taux des pensions est fixé tous les 3 ans, d'après les revenus de l'Institution ; en 1876, son import était de 66 florins par part.

Deux Directeurs, surveillés par cinq Commissaires, gèrent l'Association et touchent comme rémunération 4 p. 100 des cotisations.

En 1876, il n'y avait que 191 membres, représentant 512 parts et ayant versé 8,225 fl. de cotisations (43 fl. par membre, ou 16 fl. en moyenne par part). Les pensions payées se sont élevées à 5,827 fl. ; et l'avoir total s'élevait à 168,000 fl., produisant environ 5,800 fl. de rente. Le 35e rapport (mars 1885) renseigne 230,000 fl. placés en fonds d'Etat et rapportant 9,400 fl. de revenus. Les cotisations se sont élevées à 10,000 fl., les pensions à 11,000 fl. (63 fl. par part).

X. — ITALIE. — La statistique des Sociétés de Secours mutuels pour 1878 n'indique que quatre associations médicales. Il en existait encore quelques autres : elles sont probablement languissantes et n'envoient pas leurs comptes aux autorités. Peut-être n'ont-elles pas été reconnues.

Pia Union Medico-Chirurg.-Farmac. di Vene-

La polyurie, presque toujours en rapport avec l'état de la soif, tourmente assez généralement les malades par son abondance et l'obligation où elle les place de se lever la nuit. La quantité d'urines rendue dans les vingt-quatre heures varie entre trois et dix litres, elle est le plus ordinairement de cinq à sept litres ; la densité oscille entre 1025 et 1055; la coloration est le plus souvent jaunâtre et pâle ; l'émission peut être suivie d'un prurit insupportable aux parties génitales.

La glycosurie se fait remarquer par son abondance ; la quantité de sucre rendue a été par litre de liquide de 50 à 85 grammes; celle des vingt-quatre heures a varié entre 300 et 500 grammes.

L'autophagie survient peu de temps après le début de ces premières manifestations; elle s'accentue rapidement, à tel point que plusieurs malades ont perdu de 15 à 20 kilogrammes, en trois ou quatre mois, malgré l'absence de tout signe de tuberculose.

Cette diminution de poids atteint sans doute toutes les parties de l'organisme, mais principalement le tissu cellulo-adipeux et les muscles. Ceux-ci, amincis et flasques, réagissent localement sous le doigt (myœdème) ; la peau est rugueuse, écailleuse, peu élastique. Une jeune femme de trente ans, a présenté une éruption généralisée, constituée par des saillies surmontées de petites pustules, et dont l'aspect rappelait assez bien celui d'une mûre. Par contre, le furoncle et l'anthrax ne se sont présentés à l'observation de M. Lancereaux que dans un seul cas, soit que la marche rapide de la maladie n'ait pas favorisé leur évolution, soit qu'il y ait eu une toute autre cause.

Les cheveux tombent fréquemment sur plusieurs points ; leur chute donne naissance à de l'alopécie plutôt qu'à de la calvitie ; les dents s'altèrent au bout d'un certain temps, et cela de deux façons différentes : tantôt elles se déchaussent peu à peu et tombent par le fait de l'affection connue sous le nom de *gingivite expulsive*, tantôt elles sont rapidement érodées et détruites par une carie qui débute surtout au niveau du collet.

Les forces physiques, dès l'apparition de la polydipsie et de la polyphagie, commencent à diminuer: le malade se sent courbaturé, mal à l'aise ; et, de plus, il éprouve une fatigue musculaire générale au moindre exercice ; s'il peut continuer son travail pendant quelque temps, deux ou trois mois environ, il est forcé de l'abandonner ensuite. Les forces génitales ne disparaissent pas moins rapidement, car plusieurs malades se sont déclarés impuissants au bout de six semaines ou deux mois de maladie. Tous ces désordres, on le conçoit, ne manquent pas d'exercer une influence fâcheuse sur les facultés intellectuelles, et particulièrement sur le caractère des malades. L'intelligence baisse quelque peu, la mémoire diminue, le travail de l'esprit devient pénible, le caractère s'assombrit, la gaîté disparaît, fait place à la tristesse et à l'inquiétude. Les organes des sens, à peine troublés dans les cas suraigus, finissent par s'altérer dans le cours de ceux qui se prolongent. Trois malades ont présenté des débuts de cataracte, quelques autres accusaient un léger degré de surdité.

Ces accidents se continuent pendant plusieurs mois, et quelquefois pendant une année et plus sans autre changement notable qu'un amaigrissement progressif et une déperdition des forces de plus en plus considérable ; après quoi surviennent des désordres d'un autre genre qui les compliquent et finissent généralement par amener la mort.

Les accidents qui caractérisent cette seconde phase sont de deux ordres : les uns, effet d'une sorte d'intoxication par insuffisance d'élimination, se manifestent par de la dyspnée, une sensation de constriction du thorax, un grand malaise avec léger degré d'agitation, fréquemment suivie d'un coma profond. Les autres, résultat de la dénutrition générale, consistent en des lésions tuberculeuses des poumons, et, dans certains cas, en des désordres voisins de la gangrène.

La marche de la maladie a toujours été rapide, et pour ainsi dire aiguë, si on la compare à d'autres formes de diabète. Sa durée est, en effet, relativement courte. Elle varie de 6 mois à 3 ans.

Cette forme de diabète, tant par son évolution que par ses complications, ne peut donc manquer d'ins-

---

zia, statuts approuvés en 1836. En 1878, elle comptait 143 membres et possédait 62,000 francs.

Associazione di Mutuo Soccorso Medico-Chirurg. di Torino, reconnue en 1839. Elle doit s'être éteinte.

Societa di Mutuo Soccorso pei Medici e Chirurghi di Lombardia, 1844. Droit d'entrée de 20 à 50 francs ; cotisation de 10 à 25 francs, suivant l'âge. En 1878 : 213 membres ; près de 300,000 francs de fortune ; 2,850 francs de pensions et 8,540 francs de secours.

Pio Instituto di M. S. pei Medici e Chir. di Bologna, fondée en 1844. Je trouve, en 1878 : 125 membres et près de 50,000 francs de capital.

Pio Inst. di M. S. pei Med. Chir. e Farmacisti di Roma, fondée en 1846, par 265 affiliés, réduits à 245 en 1878. Droit d'entrée de 5 a 200 lires suivant l'âge. L'avoir ne s'élève qu'à 32,000 francs.

Le professeur Olivieri lui a légué en 1864 sa maison, qui est devenue un asile pour 7 à 8 veuves de sociétaires (Casa Olivieri, Via di Vecchi, près du Palais Farnèse).

Une ancienne *Caisse de Secours mutuels des Médecins et Pharmaciens de Gênes*, qui possédait en 1863 environ 10,500 francs, n'a plus donné signe de vie.

Sous les auspices de l'*Associazione Medica Italiana*, qui tient ses assemblées annuelles dans les différentes villes d'Italie, différentes associations médicales ont été organisées, sur les résultats financiers desquelles je n'ai pu me renseigner :

Comitato medico-provincial di Napoli, Société de Secours mutuels, fondée en 1870.

Associazione Nazional di Medici Condotti (médecins hygiénistes des communes ; ils ont fondé en 1875, à Turin, un Collège pour les enfants des médecins peu aisés), et finalement

Societa a Cassa pensioni per i Medici Italiani, œuvre du Congrès de Padoue (1875), mais siégeant à Rome. Elle s'adresse aux médecins, pharmaciens et médecins vétérinaires de l'Italie. Elle a été érigée en corps moral par l'arrêté royal du 24 août 1877.

XI. — La RUSSIE compte deux Caisses médicales dont l'action s'étend sur tout l'Empire. Leurs statuts se distinguent à la fois par leur grande précision et par leurs dispositions impérieuses.

Caisse Marie Federowna, fondée en 1835, en

pirer au médecin les inquiétudes les plus vives.

La thérapeutique est forcément pauvre dans les faits de ce genre où les principaux désordres sont l'effet de la destruction d'un organe important.

Lorsqu'on ne peut rendre à cet organe son activité propre, il faut chercher à suppléer à son fonctionnement. La pancréatine est ainsi le moyen tout indiqué ; mais cette substance, certainement utile, est insuffisante. L'indication la plus importante est celle du régime. Le lait et les aliments azotés sont les substances qui ont paru le mieux réussir. Une dernière indication encore plus urgente que les précédentes, c'est de combattre les accidents dyspnéiques et comateux, indices d'un empoisonnement par insuffisance d'élimination. Les purgatifs drastiques sont les moyens auxquels M. Lancereaux donne la préférence ; ils réussissent généralement, du moins pendant un certain temps.

Malgré des recherches rigoureuses, il a été impossible d'arriver à trouver une cause spéciale à cette forme du diabète. Sur les vingt malades, de M. Lancereaux trois étaient de grands buveurs de cidre, quatre avaient subi une intoxication palustre ; les treize derniers n'ont rien indiqué qui pût rendre compte de leur affection. Ils étaient tous bien constitués, n'offraient aucune tare héréditaire ou acquise, et jouissaient d'une santé excellente, jusqu'au moment où se déclarèrent tout a coup les premiers phénomènes du diabète. Mais si une circonstance étiologique particulière ne vient expliquer ces faits, il y a lieu de chercher leur raison d'être dans une condition pathogénique semblable, sinon identique ; cette condition, c'est l'altération du pancréas.

Les quatorze malades dont l'autopsie a été faite présentaient, en effet, une lésion matérielle du pancréas, et ce désordre qui se manifestait, dans la plupart des cas, par un état d'atrophie plus ou moins avancée, était tel, que la fonction pancréatique se trouvait profondément modifiée, sinon détruite. Cette atrophie, il faut le reconnaître, n'avait pas toujours la même origine ; tantôt elle était subordonnée à l'obstruction ou à l'altération du canal de Wirsung, tantôt liée à un désordre primitif des éléments épithéliaux et sécrétoires du pancréas, tantôt enfin, soumise à une sclérose du stroma conjonctivo-vasculaire de la glande avec dilatation de son conduit excréteur.

Il y a eu lieu de croire que *la destruction du pancréas est la conséquence nécessaire à la genèse du diabète maigre avec toutes ses conséquences graves.*

M. Lancereaux passe ensuite en revue les deux autres formes de diabète que la clinique nous offre le plus souvent et conclut ainsi : « En résumé, le diabète sucré, tel qu'il est compris aujourd'hui, n'est pas une maladie univoque ; cette dénomination sert à désigner des formes morbides diverses. Parmi ces formes, il en est une qui, par son début brusque, ses manifestations symptomatiques accentuées, son évolution rapide et avant tout par la maigreur qu'elle détermine et la lésion pancréatique qui l'accompagne, constitue un type nettement défini ; c'est ce type que nous désignons sous le nom de *diabète maigre* ou *diabète pancréatique* et qui se trouve particulièrement visé dans ce travail.

A côté de ce type, il en est un autre non moins distinct, beaucoup plus commun que le précédent ; celui-ci, essentiellement héréditaire, se manifeste tout d'abord par de l'embonpoint qui persiste généralement et n'est pas accompagné de lésions pancréatiques. Ses symptômes sont beaucoup moins accusés que ceux du diabète maigre, sa marche est lente, sa durée indéterminée ; c'est un syndrôme s'ajoutant à d'autre états pathologiques, et, la plupart du temps à des manifestations articulaires chroniques. Nous l'appelons *diabète gras* ou *diabète constitutionnel*.

Un troisième type se montre parfois à la suite d'un ébranlement du système nerveux, d'un traumatisme ou d'une vive commotion cérébrale. Il est purement accidentel et se distingue par des symptômes relativement légers, par une évolution et une durée très variables, puis par une certaine tendance à la guérison.

Ce *diabète traumatique* ou *nerveux* est la forme la moins grave de celles que nous signalons ici sans avoir la prétention de les indiquer toutes.

---

faveur des veuves et orphelins ; reconnue en 1836.

Insaisissabilité absolue du capital, des revenus et des pensions. Droit d'entrée et cotisation de 20 R. (argent) pour les célibataires, de 60 R. pour les médecins mariés. Le droit d'entrée augmente proportionnellement à la jeunesse de la femme (180 R., si elle a 12 ans de moins que son mari). On peut réduire la participation de moitié. Après 25 années d'affiliation, il n'y a plus de versement à faire.

La pension est due à la femme et aux enfants, si le médecin a payé pendant cinq années consécutives ou s'il devient aliéné. La veuve qui se remarie, ne touche plus que la pension de l'année courante. Les dons et legs, les droits d'entrée et les amendes vont grossir le capital inaliénable.

Si un membre décline l'office pour lequel l'assemblée générale le désigne, il doit payer une amende de 90 R. arg. Les dignitaires n'ont droit à aucune espèce d'indemnité : « La conscience d'avoir travaillé pour le bien de tant de veuves et orphelins, l'estime et la reconnaissance de confrères constituent une récompense suffisante. » Toute perte d'argent, due à l'incurie ou à une erreur du directoire (3 curateurs et leurs suppléants), « est réparée, sans discussion ni opposition, aux frais des membres coupables, avec les intérêts de 1/2 p. c. par mois ». Les reviseurs partageront la pénalité, si la perte n'a pas été signalée lors de la révision semestrielle.

Fin 1875, le capital s'élevait à 178,000 roubles. Malgré le petit nombre d'affiliés (seulement 72), les recettes atteignaient 12,275 R. ; les dépenses du chef des pensions se sont élevées à 9,175 R., répartis entre 36 pensionnaires.

Une *Caisse de Secours et de Pensions* a été instituée par le Ministère de l'Intérieur, en juin 1866, pour les médecins âgés et infirmes et pour leurs familles. Les affiliés paient 10 R. par an, ou bien une somme globale de 200 R. La moitié des cotisations et des intérêts s'ajoute au capital de réserve. Les secours peuvent être temporaires ou permanents. Parmi les conditions spéciales de leur obtention figurent l'exil (1), à côté des incendies et des maladies. Les pensions varient de 150 à 300 R.

(1) A rapprocher d'une disposition de la Caisse espagnole, qui prévoit également des absences involontaires.

Anévrysme de l'artère crurale traité par la méthode de Moore et de Baccelli.

M. *Bucquoy* a eu dans son service une femme de 33 ans qui, dix-sept jours après un quatrième accouchement, ressentit dans la région inguinale gauche de vives douleurs expliquées peu après par la constatation d'un anévrysme de l'artère crurale gros comme une pomme d'api. L'auscultation révélait un rétrécissement avec insuffisance de l'orifice aortique. M. Tillaux, consulté, ne crut pouvoir pratiquer la ligature de l'iliaque externe, supposant, d'après la lésion cardiaque, que tout le système artériel pouvait être malade.

M. Bucquoy essaya donc la méthode de Ciniselli (électro-puncture). Mais les deux premières séances furent si douloureuses qu'il préféra tenter la méthode de Moore (introduction d'un fin fil de fer flexible), qui a été essayée impunément, paraît-il, pour les anévrysmes de l'aorte. L'introduction n'ayant pu se faire, il employa la méthode de Baccelli, (qui introduit un fin ressort de montre en acier dans la poche); l'introduction de ces corps étrangers a pour but de provoquer la formation des caillots. M. Bucquoy n'arriva à faire pénétrer que quelques centimètres. Les résultats parurent localement assez favorables d'abord; les douleurs et les battements diminuèrent et des indurations se manifestèrent en quelques points de la poche. Mais à un moment donné se produisit une hémiplégie droite avec aphasie, cécité verbale complète, sans surdité verbale. Deux mois après, la malade succombait à un accès éclamptique sans avoir eu d'albuminurie.

L'autopsie montra l'existence d'une endocardite végétante des sigmoïdes aortiques avec endartérite de l'origine de l'aorte.

L'anévrysme crural contenait quelques caillots actifs qui ne paraissaient pas groupés particulièrement autour des fragments d'acier, ceux-ci étant seulement couverts en partie d'une légère couche de fibrine. Le sac communiquait avec l'artère par un orifice très étroit, en partie oblitéré par un caillot fibrineux.

Dans le cerveau on trouva à gauche un ramollissement cortical du lobule de l'insula, des deux premières circonvolutions temporo-sphénoïdales, de l'extrémité inférieure de la frontale ascendante, du pli sourcilier et du pied de la seconde frontale. La sylvienne était atrophiée, oblitérée, mais non embolisée.

Au point de vue pathogénique, on peut admettre que la production de l'anévrysme s'explique par la projection dans l'artère crurale d'un fragment embolique devenu le point de départ de la formation de la poche; l'embolie s'accorde bien avec la brusquerie et les douleurs du début. On voit assez souvent les anévrysmes coïncider avec une affection organique du cœur.

Malgré la tendance du jour à considérer toute endocardite ulcéreuse ou végétante comme microbienne, M. Bucquoy répugne à admettre la nature infectieuse dans ce cas à cause de l'absence complète de symptômes généraux de septicémie.

Au point de vue des localisations cérébrales, il faut noter l'absence de surdité verbale, malgré une destruction considérable des deux premières circonvolutions temporo-sphénoïdales.

Les résultats constatés dans la poche seraient assez encourageants pour tenter à nouveau la méthode de Baccelli pour les anévrysmes périphériques. Mais M. Bucquoy n'en est pas partisan pour les grands anévrysmes de l'aorte *thoracique*.

MÉDECINE PRATIQUE

Chlorose et fausses chloroses (*fin*).

(DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT).

J'ai rappelé que certaines cardiopathies et la tuberculose survenant dans l'âge de la chlorose légitime, pouvaient simuler cet état morbide (*cardio-chlorose* et *chloro-tuberculose*).

A propos des troubles cardio-vasculaires qui peuvent exister chez les chlorotiques ou simuler la chlorose, j'ajouterai à ce que j'ai dit précédemment que l'*absence des bruits de souffle* est assez rare.

Le Comité doit procéder à une vérification mensuelle et 6 délégués se livrent tous les 6 mois à une vérification détaillée qui engage leur responsabilité.

Le nombre des participants s'est élevé de 675 en 1876 à 828 en 1884. En 1876, quinze familles s'étaient partagé 2,880 R.; en 1885, cette somme s'était élevée à près de 9,000 R., au profit de 44 familles. Dans le même laps de temps, le capital inaliénable a monté de 106,000 R. jusqu'à 193,000 R. Fin 1886, il avait atteint 230,000 R., bien que 70 familles eussent reçu 11,250 R. Le nombre croissant des affiliés (1,120 en janvier 1887) témoigne de la popularité de l'institution.

En dehors de ces deux institutions quasi-officielles, il existe plusieurs caisses médicales locales (à Moscou, à Varsovie, etc.), sur lesquelles je n'ai pu me renseigner. Celle de Varsovie paraît être riche et bien administrée.

Beaucoup de médecins russes sont clients des Sociétés d'assurance.

XII. — SUÈDE. On a répondu négativement à ma demande, si les médecins suédois avaient organisé des Caisses spéciales de secours et de pensions. Pourtant la prévoyance est une des qualités capitales de ce peuple sérieux, et les Caisses d'assurance (capital ou rentes) y ont pris un grand essor depuis 1850. La Reine Louise avait créé l'*Association patriotique* pour en répandre les applications, par l'exemple et par des publications qui vulgarisaient l'épargne prévoyante parmi la jeunesse et la classe ouvrière.

XIII. — La SUISSE possède un grand nombre de Sociétés de Secours mutuels, presque toutes reconnues, en vertu des lois cantonales. Vu le morcellement du pays en une foule de petits cantons, ces associations poursuivent généralement un but modestement limité.

Les trois Caisses Médicales anciennes dont j'ai connaissance, ne sont pas plus riches que celles des corps de métiers. Ce sont: la *Caisse de Secours* de la *Société Médicale de Berne*; la *Caisse pour veuves, orphelins et invalides de Bâle-Ville* et la *Caisse pour veuves et orphelins des médecins et pharmaciens de Schaffhouse*.

En 1860, on a créé à Genève une *Assurance mutuelle de pensions viagères* qui paraît riche, mais qui ne s'adresse pas exclusivement aux médecins.

dans la chlorose, pour que, s'ils viennent à manquer, on incline à cause de cette seule raison vers une fausse chlorose.

M. Potain, en effet, ayant examiné 50 sujets à cet égard, n'en a trouvé que 7 qui ne présentassent point de bruits de souffle ; trois d'entre eux devinrent tuberculeux, et un quatrième était atteint d'une affection organique du cœur.

Aussi le savant clinicien de la Charité propose-t-il d'établir comme axiome : *toute chlorose sans souffles est une chlorose suspecte.*

Je note aussi, dans une clinique de M. Jaccoud sur un cas de chlorose, que la malade présentait des *frottements péricardiaques* à la base du cœur ; mais le professeur déclare qu'il n'y avait cependant pas lieu d'admettre que ces bruits fussent liés à une péricardite actuelle ou ancienne.

« Le bruit de frottement péricardiaque peut exister sans péricardite dans trois conditions différentes : 1° à la suite de l'attaque de choléra, 2° au niveau des foyers de myocardite sans péricardite concomitante, 3° dans la chlorose à soufffes cardiaques forts.... Dans cinq cas de chlorose grave, j'ai constaté une zone de frottement au niveau du souffle le plus fort ; le frottement a diminué, puis disparu à mesure que la maladie a marché vers la guérison.

La siccité anormale du péricarde, la dilatation du cœur, les vibrations résultant du souffle endocardiaque sont vraisemblablement les causes du phénomène. »

Dans le diagnostic différentiel entre la chlorose et la chloro-tuberculose, l'auscultation faite avec la minutie que recommande M. Grancher, et suivant les règles que nous avons indiquées d'après lui, a d'autant plus d'importance que, nous l'avons dit, il existe tant de symptômes et de signes communs aux deux états.

La *fièvre*, survenant d'une façon régulière, particulièrement à la fin de la journée, est habituellement la compagne des tuberculoses à marche rapide, mais la chlorose n'est pas toujours apyrétique. Mollière, Potain et d'autres auteurs ont signalé des cas de chlorose où la température s'élevait à 38°, 39° et au delà.

La *thermométrie locale*, que le professeur Peter a beaucoup préconisée, ne fournit pas de renseignements bien utiles. M. Peter a constaté quelquefois que la température de la peau prise au sommet d'un poumon tuberculeux s'élevait de 0°5 à 1°5 au-dessus de la normale ; mais, comme le dit M. Potain, lorsque le diagnostic est difficile à faire, c'est-à-dire quand il n'y a pas de lésions localisées (ou qu'elles ne sont qu'au premier stade), ce symptôme fait défaut ; et lorsque les lésions sont avancées, c'est un renseignement superflu.

L'*amaigrissement* est un symptôme d'une certaine importance. Les chlorotiques qui sont maigres, l'étaient déjà avant l'apparition des autres symptômes ; mais, si la malade maigrit en même temps qu'elle pâlit, dit Potain, tenez le fait pour suspect ; car dans la tuberculose, même alors qu'il n'existe que des lésions à peine appréciables, l'amaigrissement est de règle. La toux, au contraire, sans expectoration n'a pas de valeur différentielle ; les chlorotiques ont souvent une toux nerveuse et pénible.

Dans des cas douteux, si on est dans une ville où il soit possible de faire l'évaluation de la *capacité respiratoire* au moyen de la spirométrie, on en pourrait tirer d'utiles renseignements ; la capacité respiratoire est notablement diminuée même au début de la tuberculose. A l'état normal un homme de taille moyenne inspire jusqu'à 3.700 cent. cubes et la femme 2.500, la capacité respiratoire s'accroissant d'ailleurs avec la taille, de 60 cent. cubes chez l'homme et de 40 c. c. chez la femme par chaque centimètre de taille en plus. Or, chez les tuberculeux la capacité respiratoire se trouve diminuée de 700 à 800 cent. cubes.

Outre les cardiopathies et la tuberculose, il est encore beaucoup d'états morbides, les uns rares, les autres fréquents qui peuvent prendre le masque de la chlorose.

IV

Au début de certaines formes de la *diathèse lymphogène* (lymphadénie, leucémie), les symptômes accusés par les malades et les signes les plus frappants sont ceux d'une anémie quelconque : faiblesse croissante, essoufflement au moindre effort, céphalalgie, perte de l'appétit, affaiblissement de la vue, pâleur, souffles anémiques du cœur et des vaisseaux. S'il n'existe ni hypertrophie ganglionnaire, ni tuméfaction du foie et de la rate, l'examen micrographique du sang et la numération des globules, — que tout médecin devrait savoir faire, si notre instruction était conduite d'une manière plus pratique, — est de la plus haute importance. Dans toutes les formes de leucocythémie, outre une diminution des globules rouges, il existe surtout une multiplication telle des globules blancs que, au lieu d'en trouver 1 pour 335 à 350 rouges comme à l'état normal, on arrive à trouver 1 leucocyte pour 20 hématies, 1 pour 10, et même 1 pour 3. Cette prolifération des leucocytes est alors assez exagérée pour éviter toute confusion avec des leucocytoses physiologiques ou pathologiques (lactation, puerpéralité, cancer et anémies diverses). En outre, les leucocytes se montrent sous le microscope avec toutes les formes possibles, les uns d'une dimension exagérée et pourvus de plusieurs noyaux, d'autres tout petits, des noyaux seuls, quelquefois d'autres leucocytes en dégénérescence graisseuse.

L'*anémie pernicieuse*, état morbide dont la pathogénie et la nature sont entourées d'obscurités, s'accompagne comme la chlorose de troubles nerveux, d'une pâleur extrême et survient comme elle insidieusement ; mais elle se montre à un âge avancé, de 30 à 40 ans, et il est exceptionnel qu'une femme devienne chlorotique à cet âge, si elle n'a pas déjà à la puberté présenté une première atteinte de chlorose.

L'hérédité qui, comme nous l'avons dit d'après M. Potain, joue un rôle fréquent dans la chlorose n'a pas de relations avec l'anémie pernicieuse, qui succède en général à des grossesses répétées, à l'état puerpéral, à des entérites persistantes, à des hémorrhagies abondantes. La fièvre est généralement

accusée dans l'anémie pernicieuse, qui peut s'accompagner aussi d'hémorrhagies abondantes; s'il est vrai que, chez quelques chlorotiques, on observe une tendance aux ménorrhagies (chlorose ménorrhagique) et de temps en temps des épistaxis, c'est avec une bien autre intensité qu'on voit ces pertes sanguines dans l'anémie pernicieuse et, en outre, on trouve souvent des hémorrhagies intestinales et rétiniennes (Biermer).

Le *goître exophthalmique*, qui était regardé par Bouillaud comme une manifestation de la chlorose, peut dans quelques cas (cas frustes) être méconnu ; car des palpitations existent dans les deux cas, et il n'est pas très rare de voir chez des chlorotiques, au moment de la puberté, un certain degré de gonflement thyroïdien. On prendra en considération la saillie des yeux, l'expression particulière du visage avec ses traits immobiles. On recherchera, au besoin, des signes récemment signalés par Charcot et ses élèves dans la maladie de Basedow fruste, un tremblement particulier (Marie) et une résistance insolite aux courants électriques (Vigouroux).

Des hémorrhagies se produisant dans le tube digestif d'une façon intermittente et méconnues sont une cause de fausse chlorose : l'*anémie dite des mineurs*, causée par la présence de l'anchylostome duodénal, l'*ulcère simple* de l'estomac et celui du duodénum (Bucquoy). On sait d'ailleurs que l'ulcère gastrique peut survenir chez des chlorotiques. Virchow pense que l'état de leur système vasculaire les y prédispose.

Chez les chloro-anémiques, le foie devra être examiné pour plusieurs raisons. « Le *kyste hydatique* de la face convexe du foie, s'accompagnant de malaise dans la région épigastrique et de pâleur, pourrait quelquefois tenir le médecin en échec. Le *cancer du foie* lui-même présente quelquefois, chez les sujets jeunes, des symptômes généraux d'anémie si profonde que l'on peut être embarrassé. » (Potain.)

Le foie sera d'ailleurs trouvé tuméfié dans certaines anémies avec obésité et troubles dyspeptiques. Concurremment la rate sera percutée avec d'autant plus de soin que, en laissant de côté la leucocythémie dont nous avons parlé plus haut, l'*intoxication palustre* est capable, en l'absence d'accès fébriles bien accusés, de simuler la chlorose, chez de jeunes campagnardes, dans certains pays où existent encore des foyers de malaria, ou chez des jeunes filles de la ville après un séjour dans ces pays (Sologne, Charentes, voyage d'Italie. etc)

La possibilité d'autres intoxications doit nous venir à l'esprit: l'*oxyde de carbone*, non seulement chez les cuisinières, mais chez des jeunes filles confinées dans des appartements chauffés avec certains poêles défectueux ; — le *plomb*, dans toutes les professions où on le manie (il y a peu de temps M. Duguet a signalé le saturnisme causé par l'usage de la braise chimique); on n'oubliera pas de rechercher le liséré gingival; — l'*essence de térébenthine* (maux de tête violents, et symptômes nerveux graves avec pâleur et aspect chlorotique chez des jeunes filles occupées à vernir dans un appartement trop bien clos des ferrures de parapluies) (Potain), — les vapeurs d'acide acétique (Van Swieten).

La *syphilis*, au début, peut aussi simuler la chlorose. « Je me rappelle, dit M. Potain, avoir vu une jeune fille qui vint me consulter accompagnée de sa mère et d'un ecclésiastique (!) ; elle était pâle, se plaignait de maux de tête, les règles étaient troublées ; dans les vaisseaux on entendait un souffle assez intense, et c'est en apercevant un petit bouton sur sa lèvre, quelques ganglions dans la région cervicale que je poursuivis mon examen et trouvai une roséole manifeste. »

L'existence de la dysménorrhée chez les chlorotiques n'est pas rare, et nous avons rappelé tout à l'heure les chloroses ménorrhagiques; mais ce n'est pas une raison pour méconnaître la chloro-anémie secondaire aux *troubles utéro-ovariens*, car tout le fer du monde ne vaut pas le traitement local pour une métrite.

J'ai réservé pour la fin, à cause de sa fréquence et de son importance pratique, la chlorose qui coexiste avec des *troubles dyspeptiques* ou la *dilatation de l'estomac*.

Sans doute les chlorotiques sont sujettes très fréquemment à des phénomènes pathologiques du côté de l'estomac ; la perte ou la dépravation de l'appétit, la gastralgie s'expliquent par leurs troubles nerveux, la dyspepsie chimique par insuffisance ou mauvaise qualité du suc gastrique, les glandes ne recevant plus, par suite de l'anémie de la muqueuse, assez de matériaux réparateurs ni d'oxygène pour accomplir leurs sécrétions. Mais ce qu'on trouve chez les chlorotiques avec le plus de fréquence, pour peu qu'on la recherche, c'est la dilatation de l'estomac. M. Bouchard l'a signalée le premier *dans le tiers des cas* de la chlorose, et j'ai pu vérifier que la proportion est plutôt supérieure. J'ai, à plusieurs reprises, indiqué dans ce journal comment on peut concevoir avec notre maître l'influence fâcheuse que la dilatation gastrique exerce sur tout l'organisme; rappelons que cette influence s'exerce de trois façons. La stagnation trop prolongée des aliments, dans un estomac qui a perdu sa contractilité, a pour premier résultat qu'après avoir incomplètement subi l'action du suc gastrique—habituellement pauvre en acide chlorhydrique chez les dilatés (nous continuons à l'admettre, malgré l'opinion contraire de M. Sée), — les résidus alimentaires deviennent la proie des ferments figurés parasitaires. Cette matière, qui va servir dès lors uniquement à la vie des microbes, est autant de perdu pour la nutrition des cellules de l'organisme. En fait, la clinique a démontré que la peptonurie, l'albuminurie, la glycosurie sont des complications fréquentes de la dilatation de l'estomac, et il n'est pas difficile de s'expliquer l'amaigrissement, l'insuffisance de réparation des tissus, l'appauvrissement du sang chez des sujets qui n'assimilent plus qu'une faible partie de ce qu'ils ingèrent.

Outre l'inanitiation progressive, la stagnation des résidus de la digestion incomplète, acides gras, acétique, butyrique, lactique, etc., irrite la muqueuse des voies digestives et provoque le catarrhe, quelquefois

même des érosions, et le dilaté devient un catarrhe dyspeptique avec lésions chimiques et organiques.

Enfin, parmi les produits auxquels les fermentations anormales, microbiennes, donnent naissance dans le tube digestif et qui passent dans le sang par l'absorption, il en est de particulièrement toxiques (indol, phénol, ammoniaques et alcaloïdes de putréfaction, etc.). Tous ces produits vont impressionner d'une manière fâcheuse le système nerveux.

Sans insister davantage, nous devions rappeler ces faits pour expliquer la manière de voir de M. Bouchard, qui a proposé d'admettre que la chlorose peut reconnaître pour origine, au moins dans certains cas, la dilatation de l'estomac qui serait le fait primitif. Au lieu de considérer l'atonie gastrique comme une manifestation secondaire de l'affaiblissement général de la musculature chez les chlorotiques, il conviendrait alors de voir dans l'existence d'une dilatation latente et méconnue de l'estomac, une cause lente et continue d'inassimilation, de dénutrition, amenant progressivement l'état chlorotique, une fausse chlorose. en somme, une *gastro-chlorose.*

Quoi qu'il en soit de ce point de nosologie et de pathogénie, la fréquence de la dilatation de l'estomac et des troubles dyspeptiques chez les chlorotiques impose des préoccupations thérapeutiques trop souvent méconnues.

V.

En résumé, parmi les nombreuses fausses chloroses auxquelles on peut avoir affaire, il en est trois qui, par leur fréquence, s'imposent à nos préoccupations, la chloro-tuberculose, la gastro-chlorose, et la cardio-chlorose, et elles doivent nous préoccuper d'autant plus que la thérapeutique, l'hygiène et le pronostic diffèrent suivant qu'on est en présence d'une de ces trois fausses chloroses ou de la vraie chlorose des pubères.

Sans doute, il y a des indications hygiéniques et thérapeutiques communes au moins à trois d'entre elles : la tuberculose, la gastrectasie et la chlorose légitime requièrent la suroxygénation naturelle ou artificielle, la vie au grand air, l'exercice musculaire et les stimulations cutanées ; mais chacune d'elles soulève aussi impérieusement des indications particulières.

Pour la tuberculose au début, en laissant de côté la médication antiseptique, discutée et discutable encore — sauf en ce qui concerne la créosote qui nous paraît avoir fait ses preuves, — il est deux moyens qu'il faut employer : la suralimentation et la révulsion. M. Grancher insiste beaucoup dans son enseignement sur l'importance de ces deux indications et sur la manière dont on peut les remplir.

Pour qu'un tuberculeux puisse se suralimenter, il faut, non pas qu'il se gave avec un entonnoir — cela n'est utile que pour les phthisiques qui vomissent et sont devenus anorexiques ; — ce qu'il faut, c'est qu'il vive au grand air et prenne beaucoup d'exercice pour brûler et assimiler ce qu'il digère ; M. Grancher conseille des repas fréquents et substantiels, et l'usage de l'huile de foie morue à haute dose (plusieurs cuillerées par jour).

D'autre part, la révulsion sous forme de petits vésicatoires successivement appliqués aux sommets toutes les trois semaines.

La fausse chlorose d'origine gastrique réclame le traitement de la dilatation de l'estomac et de la forme de dyspepsie qui l'accompagne. C'est à elle qu'on oppose vainement le fer et le quinquina, c'est à propos d'elle que j'ai, dans ce journal même, formulé des critiques contre la thérapeutique banale trop souvent en usage.

Aux cardiaques pseudo-chlorotiques, on ne conseillera pas naturellement les exercices musculaires, la vie sur les montagnes, l'hydrothérapie et la médication martiale.

Je ne puis passer en revue la thérapeutique de toutes les fausses chloroses. Il y a telle pseudo-chlorotique obèse à gros foie qui se trouvera mieux de quelques purgatifs, du calomel et d'un régime lacté réduit que de toute autre médication.

Le traitement de la chlorose vraie prête encore à beaucoup de controverses. M. Jaccoud, dans la clinique à laquelle nous avons fait allusion, dit que si le fer est le remède par excellence de la chlorose, ce remède n'est point le seul agent de la médication antichlorotique, qu'il ne doit pas être employé seul et que parfois il ne doit pas être employé du tout. Cela est évident ; Trousseau avait montré que le manganèse réussit quelquefois où le fer avait échoué, et récemment on a cité des cas où le soufre avait amené la guérison de chloroses rebelles au fer, comme si l'absence de la molécule de soufre qui se trouve dans certaines combinaisons azotées de l'organisme avait été le principal obstacle à la réparation nutritive ; c'est souvent une cure arsenicale qu'il faut instituer avant toute cure martiale.

Quant aux diverses préparations ferrugineuses, leur choix doit surtout être affaire de tâtonnement, et la susceptibilité individuelle doit toujours être respectée. En règle générale, le tartrate ferrico-potassique, le proto-chlorure et l'iodure sont les préparations ferrugineuses qui donnent les meilleurs résultats, avec les eaux ferrugineuses. Mais il ne faut jamais compter exclusivement sur le fer, sous peine d'échouer presque toujours ; un choix minutieux d'aliments réparateurs en même temps que digestibles, l'hygiène alimentaire rigoureuse, y compris la lutte contre l'atonie gastro-intestinale et la constipation, sont de rigueur.

L'hydrothérapie, les frictions cutanées, sont presque toujours indispensables.

Le massage rend quelquefois les plus grands services.

On ne saurait dire trop de bien des inhalations d'oxygène et d'air comprimé. M. Jaccoud terminait ainsi sa clinique : « Les inhalations d'oxygène occupent, à mon sens, la première place dans le traitement de la chlorose ; d'une part, en raison de leur efficacité ; d'autre part, en raison de la tolérance constante des malades. Vous ne rencontrez ici aucune des nombreuses difficultés qui entravent si souvent la médication par le fer ou par l'arsenic, et je considère l'application de l'oxygène au traite-

ment des chlorotiques comme un véritable progrès thérapeutique. »

Malheureusement il n'y a qu'un petit nombre de villes où il soit commode de faire suivre un traitement méthodique de ce genre aux chlorotiques, et encore le prix en est-il trop souvent peu accessible à la bourse de nos clients.

P. Le Gendre.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

De la Personnalité Juridique.

Extrait d'une Étude lue à l'assemblée générale des affiliés à la Caisse de Pensions du Corps Médical Belge.

Par le Dr H. Schoenfeld, Président du Conseil d'administration de la dite Caisse.

« Notre époque démocratique, dit le Dr Schoenfeld, montre une tendance à la Fédération des intérêts identiques ; des nécessités sociales imposent aux citoyens comme aux personnes fictives des restrictions à l'exercice de certains droits ; la société a créé à dessein des incapacités plus ou moins limitées. Là se trouve l'obstacle à enlever.

D'un côté, les intérêts identiques veulent se joindre : d'un autre côté, la loi empêche ce faisceau de se former et d'acquérir la force qui lui est nécessaire.

L'association se place entre l'individu et la société ; elle fait respecter les droits individuels, elle enseigne la prévoyance et accoutume aux sacrifices par l'exemple et par l'obligation librement acceptée ; elle protège et oblige.

L'association corporative, non obligatoire et non tyrannique, moralise plus encore que l'association générale ; elle sollicite les forces et les dévouements des associés.

Dans notre pays, la politique a toujours malheureusement entravé la solution de ces questions vitales : on admire et on craint cependant l'esprit généreux et libéral qui a présidé à certaines législations des pays étrangers. Chez nous, le véritable nœud de la question se trouve dans la nécessité d'assurer la stabilité des associations créées par les citoyens dans un but légal et avouable.

Reconnues comme corps moraux, avec une partie des attributs de la personnification civile, les associations pourront soustraire leurs épargnes et acquisitions aux désirs des partageux et aux incertitudes de l'avenir.

L'idée que les associations corporatives ou collectives ne peuvent naître et exister qu'avec la permission du premier souverain, se retrouve sous tous les gouvernements.

Le Dr Schoenfeld a tracé une vigoureuse étude historique des corporations. Il voit, partout et dans tous les temps, les législateurs s'opposant aux progrès des associations mutuelles et professionnelles. A Rome, la république et les Césars ne souffraient les *collèges* que nominativement autorisés. Sous le règne de la féodalité, nous voyons surgir la Commune, les Gildes, les corps d'arts et de métiers, tour à tour soutenus et opprimés par la royauté et le pouvoir central, selon que cette royauté et ce pouvoir en ont besoin dans leurs luttes contre les seigneurs ou se trouvent en position assurée et paisible. Le moyen âge connut cependant la puissance des associations ; à cette époque, les corps fictifs devinrent parfois si redoutables, si exubérants de vie et de richesses, qu'il pouvait y avoir danger pour la fortune publique immobilisée.

L'accroissement continu de ces biens dits de mainmorte, l'état florissant des associations religieuses et corporatives, excitèrent et l'envie et la crainte du pouvoir. La lutte reprit entre le législateur et les associations.

Une publication célèbre du siècle passé, l'*Encyclopédie*, définit en termes très bienveillants les conditions d'existence et le but des corps et communautés : « Leur usage est de pourvoir à quelque bien utile au public, quoiqu'ils soient aussi établis pour le bien commun de ceux qui en sont membres. Aussi la première règle de l'ordre de leur police est qu'ils procureront quelque avantage et quelque utilité à l'État qui les établit, et qu'ils ne le soient que par l'ordre ou la permission du prince. Nos lois, à cet égard, ont conservé la sage rigueur des lois romaines, qui défendaient d'établir aucun collège sans la permission de l'Empereur.

« Comme les communautés sont établies pour un bien public dont la cause subsiste toujours, elles sont de leur nature perpétuelles ; aussi subsistent-elles, sans que les changements de personnes qui les composent changent rien au corps..... Les communautés légitiment établies tiennent lieu de personnes, et leur union qui rend communs, à tous ceux qui les composent, leurs intérêts, leurs droits, leurs privilèges, fait qu'on les considère comme un seul tout. »

« De là il suit qu'elles peuvent posséder des biens..... ; qu'elles sont capables de legs et de donations ; qu'elles peuvent valablement contracter, obliger les autres et s'obliger envers eux, exercer les droits qui leur appartiennent, agir en justice, discuter auprès des magistrats et faire des statuts, pourvu qu'ils ne soient pas contraires aux lois et à la société publique ; en un mot, elles ont le droit de faire tout ce qui est permis à chaque particulier. »

Ces individualités artificielles, bien distinctes de celles des associés ; ce groupement d'efforts et de biens, dirigé et administré dans un but spécial, comprenaient ce qu'on appelle aujourd'hui les *établissements publics* et les *établissements d'utilité publique*.

Après la révolution de 1789, la nation française fit disparaître toutes les associations autonomes, tous les groupes de citoyens ligués dans un but commun, quelque louable qu'il fût. Elle voulait le citoyen isolé en face de l'État. Les Jacobins exaltés voulaient même la suppression de l'assurance en tant que contraire au civisme ! En conséquence, toutes les associations religieuses et laïques virent leurs biens confisqués. Ce nivellement tyrannique, cette centralisation outrée ne pouvaient durer. La république et Napoléon ressuscitèrent différentes personnalité civiles : fabriques d'église, établissements publics chargés de la gestion des pauvres congrégations hospitalières, séminaires, etc.

Sous le second empire, les associations ouvrières se dissimulaient sous la forme de sociétés de secours mutuels ; cependant, le régime impérial permit de reconnaître d'utilité publique certaines associations et accorda de larges privilèges aux sociétés de secours mutuels.

Après la chute de Napoléon III, la loi de 1884 sur les syndicats indique un mouvement bien accentué vers la reconnaissance des associations professionnelles et des syndicats. La France possède donc aujourd'hui, à côté des établissements publics, bon

nombre de créations d'*utilité publique*, poursuivant des intérêts particuliers profitables à la généralité ou à des groupes de citoyens.

Cette belle organisation soulève en notre pays des appréhensions telles qu'aucun gouvernement n'a osé entrer résolument dans la voie tracée par nos voisins du Midi.

Dans son intéressante étude, le Dr Schoenfeld nous montre, en ce qui intéresse la Belgique, les vicissitudes des associations corporatives sous les divers gouvernements qui se sont succédé chez nous.

Le Congrès national a affirmé et décrété la liberté d'association, mais n'a pas voulu édicter les règles de la personnification civile des sociétés. Cependant la personnification seule assure la pérennité du but d'une association, procure les moyens de forcer les adhérents à remplir leurs obligations, la loyauté des adhérents n'étant pas une garantie suffisante pour que ceux-ci tiennent leurs engagements.

En Belgique, certaines associations ont reçu une institution légale ; ainsi les caisses de prévoyance *fondées en faveur* des pêcheurs et de leurs familles, mais cette capacité civile n'est pas expressément reconnue par le législateur.

L'établisement d'une caisse centrale des artistes belges est également approuvée par un arrêté royal de 1849, mais la personnalité juridique ne peut exister de par le fait de cet arrêté.

La loi de 1851 reconnaît aux sociétés de secours mutuels la faculté de recevoir des donations, un legs d'objets mobiliers moyennant certaines formalités prescrites.

Une loi de 1868 reconnaît les caisses de prévoyance des ouvriers mineurs et les assimile à peu près aux sociétés de secours mutuels. Il est regrettable que la loi n'ait pas essayé de modifier les conditions à mettre à l'acquisition de la personnification civile, sauvegardant ainsi l'intérêt de l'État et celui des citoyens qui ont jugé utile et patriotique de s'associer dans un but commun.

Il y a cependant urgence de remèdes préventifs en face du bouleversement social menaçant.

L'État ne dénie pas actuellement le droit d'association, mais il se montre platonique pour les nombreuses sociétés de prévoyance, d'amélioration professionnelle...

Le savant professeur Van den Heuvel, de Louvain, cite, dans son remarquable ouvrage sur la liberté d'association et la personnalité civile, cette phrase de Berthaud : Le droit de s'associer serait un droit vain, presque dérisoire, s'il n'entraînait pas pour les associations le droit de faire certains contrats, sans lesquels elles ne pourraient se maintenir ni se développer. A quoi bon le droit de naître, s'il n'implique pas le droit de vivre et de posséder?

Avec un peu de bon vouloir, on pourrait, en Belgique, établir une loi acceptable par tous les partis politiques et donnant satisfaction à une foule de besoins d'utilité publique, ainsi que cela a été fait en France, en Angleterre et aux États-Unis.

Citons encore, avec le Dr Schoenfeld, ces mots de l'éminent professeur Van den Heuvel:

« C'est à grand'peine que notre société s'efforcera » d'élever, pour résister aux envahissements de la » tyrannie et de la démagogie, de fortes digues, de » solides remparts, pareils à ceux qui préservaient, » aux jours d'orage, les nations anglo-saxonnes. On » commettrait, au moment actuel, tout à la fois une « faute politique et un crime national si l'on s'obs» tinait à vouloir, sous prétexte d'un péril imaginai» re, briser le faisceau des activités individuelles, » enrayer l'initiative privée, étouffer le dévouement » des citoyens et réduire une nation d'hommes li» bres, qui prétendent avoir le droit de se donner » la main, à une simple juxtaposition d'éléments » épars, sans cohésion et sans force pour la défense » des grandes causes scientifiques, religieuses, poli» tiques et sociales. »

VARIÉTÉS

Une consultation originale.

Nos lecteurs liront peut-être avec quelque plaisir la consultation suivante, dont on nous a envoyé le fac-similé photographique :

Madame,

Vos urines ne continient ni sucre ni albunine mais une quantité plus que normale de phosphate ammoniaco-magnésien, vous avez les nefs fatigués on en trouve facilement 4 paires et encore j'ai oublié de regarder les vertèbre servicales.

Je vous salue.

BULLETIN DES SYNDICATS

ET DE

L'UNION DES SYNDICATS

DIRECTEUR : Dr BARAT-DULAURIER

Syndicat médical de la Loire Inférieure.

Dans la séance du 2 mars, l'ancien président, M. le Dr Teillais a cédé le fauteuil de la présidence au nouvel élu, M. le Dr Porson, et lui a exprimé le plaisir qu'il éprouvait à se voir remplacer par un confrère qui avait réuni sur son nom les suffrages unanim s du Syndicat. M le Dr Porson a répondu en ces termes :

Messieurs et chers confrères,

Dans votre réunion générale du mois de janvier, appelés à renouveler votre bureau, vous m'avez désigné par l'unanimité de vos suffrages pour occuper cette année la présidence de votre société. Certes, j'étais loin de m'attendre à pareil honneur, et, après avoir vu mon mandat de vice-président renouvelé pendant trois années consécutives, je ne songeais qu'à reprendre ma place de simple sociétaire, me trouvant ainsi bien largement récompensé des modestes services que j'avais pu rendre à notre association depuis sa création.

Aussi, est-ce du fond du cœur que je viens vous remercier d'un tel témoignage d'estime et d'affection ; je vous en suis très reconnaissant, et, à défaut des qualités éminentes dont ont fait preuve mes deux prédécesseurs, je vous promets d'apporter à la prospérité de notre œuvre le concours de toutes mes forces et de toute ma bonne volonté.

Ne dois-je pas penser aussi qu'en portant votre choix sur mon nom, vous avez voulu indiquer une fois de plus tout le souci que vous avez de votre indépendance, et tout le prix que vous attachez à l'esprit de solidarité qui doit régner parmi nous ?

En effet, dans des circonstances délicates que je ne rappellerai point, elles vous sont encore trop

présentes à la mémoire, j'avais considéré qu'il était de mon devoir de prêter mon concours à notre cher président, mon ami, M. le Dr Teillais ; au moment du vote vous avez dû certainement vous en souvenir.

Peut-être cependant, doutant de moi-même, eussé-je encore décliné l'honneur que vous me faisiez, si je n'avais trouvé à côté de moi, à la tête de notre Association locale de Prévoyance et de secours mutuels, mon excellent ami M. le Dr Berneaudeaux, celui qui fut le premier président de notre chambre syndicale, celui que nous pourrions presque en appeler le fondateur. Sûr de sa chaude et solide amitié, que j'avais mise à l'épreuve mainte fois depuis tantôt quinze ans, certain de pouvoir compter dans les circonstances difficiles sur son concours dévoué, j'ai pu surmonter mes hésitations et accepter avec moins d'inquiétude le fardeau des responsabilités que comporte la présidence de votre syndicat.

C'est vous dire, Messieurs et chers confrères, avec quelles idées je viens m'asseoir à cette place, occupée, il y a trois ans, par M. Berneaudeaux. Comme lui, libre et indépendant, comme lui aussi, uniquement préoccupé d'accomplir consciencieusement mes devoirs professionnels, c'est dans la voie qu'il a tracée pendant son trop court passage à cette présidence que je suis bien décidé à marcher. N'est-ce pas déjà du reste comme une tradition qui s'est établie d'elle-même ? N'avez-vous pas retrouvé chez son successeur M. Teillais ce même esprit de dévouement confraternel, de loyauté et de droiture, qui a inspiré tous ses actes pendant les quelques années que votre confiance l'a maintenu à ce poste d'honneur. Je n'aurai donc qu'à m'inspirer de l'exemple de nos deux estimés confrères, et, lorsque l'année prochaine, l'heure viendra de vous remettre mon mandat, je n'aurai d'autre ambition que de vous entendre dire que je n'ai pas manqué à cette tradition.

Dans un discours récent, que vous avez tous applaudi avec chaleur, M. Berneaudeaux nous a défini, en termes heureux, le rôle et le but de notre association de prévoyance et de secours mutuels et de notre chambre syndicale ; il vous a dit que « cette dernière avait surtout pour mission de défendre les intérêts matériels des médecins contre les usurpations et les exploitations dont nous sommes trop « souvent victimes », et il ajoutait, rappelant un vote mémorable dans l'histoire de notre syndicat : « que « cette société, nouvelle alors, était le complément, « *utile* et *nécessaire* de l'Association, pouvant aider « à améliorer le bien-être des médecins et à exprimer les justes revendications de la profession. »

Cette définition si juste qui fait saisir le côté essentiellement pratique de notre œuvre, constitue pour nous un véritable programme et, pour ma part, j'ai l'intime conviction qu'en unissant nos efforts, nous arriverons à le remplir.

C'est que, malgré des moments difficiles et malgré certains pronostics fâcheux portés intentionnellement ou non, mais à coup sûr à la légère, j'ai toujours eu confiance dans l'avenir de notre institution. Ses brillants débuts pouvaient assurément faire présager une existence moins semée d'écueils, et, lorsque fut votée la loi sur les syndicats professionnels, nous étions tous bien loin de penser que notre profession ne serait pas appelée à profiter de cette législation bienfaisante.

Un arrêt de la Cour de Domfront, vous vous le rappelez, en décida ainsi ; la Cour de cassation, en confirmant cet arrêt, vint encore augmenter notre déception et notre surprise.

Mais, depuis ce moment, le corps médical ne s'est pas tenu pour battu ; devant cette interprétation étroite et injuste de la loi, il n'a pas voulu désarmer. Une campagne des plus actives a été menée par toutes nos sociétés médicales et nos représentants les plus influents de la Chambre et du Sénat.

Plusieurs projets de loi sur l'exercice de la médecine, entre autres, celui de M. le Dr Lunier, au nom de l'association générale, et celui de la Commission de la Chambre des Députés présenté par son rapporteur, M. le Dr Chevandier, consacrent, par un article spécial, tous nos droits en tant que Sociétés professionnelles, l'un et l'autre nous accordent l'existence légale et, par conséquent, le droit d'ester en justice.

Enfin M. le Dr Dupuy, député de l'Aisne, et Président de l'Union générale des syndicats médicaux, a déposé un amendement en notre faveur.

Déjà, du reste, un revirement se produit dans l'opinion de beaucoup de magistrats. Certains tribunaux, celui du Havre en particulier, se montrent moins rigoureux dans l'interprétation de nos droits ; certains d'entre eux même se montrent pleins de déférence envers nous et nous consultent au besoin dans certains cas litigieux où des intérêts médicaux sont engagés. Pour ce qui nous concerne particulièrement, je puis vous donner l'assurance que nous avons la sympathie du tribunal de Nantes. Qu'il s'agisse de poursuivre, comme vous avez pu le voir il y a peu de temps, un délit d'exercice illégal de la médecine, vous pouvez être certains qu'il n'hésitera pas à appliquer la loi dans toute sa rigueur, regrettant de n'être pas mieux armé pour frapper les coupables avec plus de sévérité.

M. Berneaudeaux et M. Teillais vous ont entretenus, à plusieurs reprises, de nos bonnes relations avec les autorités départementales et communales. Votre dernier président racontait, il y a un an, l'accueil bienveillant fait à notre bureau par un ministre de passage à Nantes.

Vous le voyez, chers confrères, les choses ont bien changé depuis trois ans ; à l'heure actuelle il n'est plus permis de douter du succès, et peut-être n'est-il pas bien éloigné de nous.

En attendant cet heureux jour, les occasions ne nous manqueront pas de montrer quels services nous pouvons rendre au corps médical, si peu armés que nous soyons pour le moment.

Bien des problèmes d'un intérêt tout particulier nous restent à résoudre et ne peuvent être résolus que par nous. Pour ne vous rappeler que les plus importants, parmi les questions qui s'imposent à notre étude, je citerai d'abord celle des sociétés de secours mutuels, qui est loin d'être épuisée, celle des compagnies d'assurances sur la vie, des compagnies d'assurances contre la maladie, qui commencent à poindre à l'horizon d'un air menaçant pour nous ; la question si intéressante de l'assistance médicale dans les campagnes, pour laquelle le ministère de l'intérieur prépare une refonte complète des règlements si rudimentaires qui ont régi la matière jusqu'ici. Cette dernière intéresse surtout nos confrères de la campagne ; qu'ils nous apportent leurs observations et leurs vœux, et nous nous ferons un devoir de les transmettre à ce comité de médecins dévoués qui vient de se constituer en vue de faire entendre nos doléances en haut lieu.

La loi Roussel, encore à l'état embryonnaire dans notre département, alors qu'elle donne déjà de si merveilleux résultats dans les départements du Calvados, de la Gironde et des Bouches-du-Rhône,

devrait être aussi un sujet d'études et d'observations dans nos réunions. C'est encore à nos confrères de la campagne que nous demanderons les renseignements les plus intéressants sur ce sujet.

Je pourrais vous signaler bien d'autres questions importantes, abordées dans des assemblées semblables à la nôtre, et celles-ci sont nombreuses aujourd'hui qu'anime le désir d'améliorer notre sort; mais je craindrais d'abuser plus longtemps de votre bienveillante attention et je m'arrête.

Cependant, avant de terminer cette allocution déjà trop longue, je tiens à remplir un devoir et en le faisant je suis sûr d'être votre fidèle interprète. J'adresse, en votre nom, mes remerciements les plus chaleureux à M. le Dr Teillais, pour le dévouement qu'il a apporté au service de votre société pendant ces trois dernières années; vous n'oublierez pas avec quel tact, avec quelle finesse d'esprit il savait diriger vos débats, et avec quelle autorité il soutenait vos intérêts auprès des pouvoirs publics; je dois aussi un tribut d'éloges et de remerciements à notre dévoué secrétaire-trésorier, M. le Dr Luneau, qui s'acquitte depuis plusieurs années de sa double fonction avec un zèle et une compétence qui nous font désirer de le conserver longtemps à ce poste.

Un mot encore, Messieurs, et ce sera pour adresser un appel pressant à nos jeunes confrères qui ne font pas partie de notre société; disons-leur que leur intérêt les convie à venir à nous, et que le jour où ils seront tous groupés sous notre bannière, ils auront aplani beaucoup des difficultés qui assiègent et étreignent le médecin à son entrée dans la carrière.

Le Bureau du syndicat de la Loire-Inférieure se trouve ainsi composé pour l'année courante :

Président : M. le Dr PORSON.
Vice-Présidents, MM. les Drs DESTEZ, PATOUREAU.
Secrétaire-Trésorier, M. le Dr LUNEAU.
Syndics : MM. les Drs BERNAUDEAUX, CHACHEREAU, L. JOUON.

Le Secrétaire-Trésorier,
LUNEAU.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU CONCOURS MÉDICAL

M. le Dr ROSIÈRES, à Rugles (Eure), présenté par M. le Dr Rogée, de Saint-Jean-d'Angély.

M. le Dr A. DE SOUZA, à Paris, présenté par M. le Dr Mâreau, de Paris.

RENSEIGNEMENTS THÉRAPEUTIQUES.

Pilules lithinées contre le diabète.

P. VIGIER.

Carbonate de lithine....	0 gr.	10 centigr.
Arséniate de soude.....	0 gr. 003	milligram.
Extrait de gentiane.....	0 gr. 03	centigram.

F. s. a. Une pilule. — En prendre une, matin et soir, dans le cas de diabète, et en continuer l'usage même après que le sucre a disparu des urines. — N. G.

NOUVELLES

A propos de la Caisse des pensions.

Après avoir publié le compte rendu de l'assemblée générale de la Caisse des pensions de retraite, l'*Union médicale* le fait suivre des réflexions suivantes :

« Ainsi la fortune de la Caisse des pensions de retraite s'accroît régulièrement chaque année de la quantité prévue par ses fondateurs, et, comme il n'y a pas de raison pour que ces prévisions cessent de se réaliser, on peut affirmer en toute sûreté qu'à la fin de la période décennale, la Caisse, riche de 4 à 500,000 francs de capital, ou de 15 à 20,000 francs de revenus, sera en mesure de remplir toutes ses obligations. Le problème, longtemps discuté, est donc résolu et les sceptiques doivent rendre les armes. S'il s'en rencontre encore, tous les doutes se dissiperont devant le fonctionnement régulier de l'Œuvre, appelée certainement à occuper le premier rang, à côté de l'Association générale, parmi nos institutions professionnelles de prévoyance. Elle mérite dès à présent toutes les sympathies et toute la confiance des médecins qui, obéissant au désir légitime d'assurer la tranquillité de leurs vieux jours, veulent en même temps s'associer à une pensée éminemment confraternelle. »

INSTITUT ODONTOTECHNIQUE DE FRANCE. — Paris, 3, rue de l'Abbaye.

Le Dr Aguilhon de Sarran commencera des conférences sur les éléments de la chirurgie dentaire, au siège de l'Institut odontotechnique, le *mardi* 15 *mai*, à *huit heures* du soir, et les continuera les mardis et vendredis suivants à la même heure. Ces conférences sont faites spécialement en vue de l'instruction des élèves en médecine.

M. le Dr FLEURY, inspecteur des Enfants assistés dans le département de la Creuse, vient d'être nommé inspecteur à Bourges en remplacement de M. le Dr *Nadaud*, membre du *Concours Médical*, récemment décédé.

Nos lecteurs connaissent tout le mérite de M. Fleury et lui prêteront sûrement leur concours pour la mission pour laquelle il est si bien qualifié !

Nous publierons d'ailleurs dans le prochain numéro un résumé d'un travail de M. Fleury sur la protection des Enfants assistés et en bas-âge.

BIBLIOGRAPHIE

Librairie J.-B. BAILLIÈRE et fils,
Paris, 19, r. Hautefeuille, près le boul. Saint-Germain.

Traité pratique et clinique d'Hydrothérapie, par DUVAL, médecin en chef de l'Institut hydrothérapique, 1888, un vol. in-8° de 900 pages, avec une préface de M. Peter : 10 fr.

Scènes de la vie médicale, par Jules CYR, médecin inspecteur de Vichy, 1888, 1 vol. in-16 de 300 pages : 3 fr. 50.

Le Pansement antiseptique, ses principes, ses nouvelles méthodes, Manuel pratique, par J. de NUSSBAUM, professeur à l'Université de Munich, 2e édition, traduite sur la 5e édition allemande, par le Dr E. de la HARPE, de Lausanne, 1888, 1 vol. in-16, de 360 pages : 5 fr.

Le Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André, 3

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE

L'Ectocardie et sa cure par l'autoplastie.

M. le professeur Lannelongue a communiqué à l'Académie des Sciences un cas qui lui fait le plus grand honneur. Il s'agissait d'une petite fille de six jours atteinte d'une ectocardie (ectopie cardiaque à ciel ouvert). Voici comment se présentait cette rare malformation, considérée jusqu'ici comme devant entraîner la mort peu de temps après la naissance. « Bien que l'enfant soit d'apparence chétive, toutes les parties du corps sont bien conformées, sauf le thorax. On découvre, en effet, sur la face antérieure de la poitrine, vers la partie moyenne du sternum, une ulcération circulaire et médiane de dimensions supérieures à celles d'une pièce de un franc. Cette ulcération présente en son milieu et profondément une membrane d'aspect jaunâtre qui paraît en voie de mortification ; cette membrane obstrue incomplètement l'orifice et est sur le point de tomber ; elle est même flottante et détachée en quelques endroits, surtout à la partie inférieure ; le cœur la soulève et le sommet des ventricules vient battre à l'extérieur. Lorsqu'on applique le doigt sur les ventricules, on sent le durcissement de ces organes et les pulsations cardiaques.

L'examen du thorax révèle les particularités suivantes.

Les extrémités internes des deux clavicules se terminent par une tête articulée en bas avec la première côte et paraissant libre en dedans et en haut : l'intervalle qui les sépare est de 3 centimètres et le sternum fait défaut entre ces extrémités. Le sternum manque aussi dans la portion centrale, ou plutôt, il existe une fissure médiane du thorax et on peut tout au plus avancer qu'une moitié du sternum existe de chaque côté devant les extrémités costales. Ce qui semble faire croire, en effet, à l'existence des deux moitiés du sternum, c'est que l'extrémité antérieure des côtes n'est pas isolée et libre sur la ligne médiane ; au toucher on peut reconnaître, de chaque côté, une travée verticale et oblique, de haut en bas et de dehors en dedans, laquelle travée réunit les côtes. Les deux moitiés du sternum viennent se joindre au-dessous de l'ulcération déjà décrite et forment là un véritable appendice xyphoïde. On sent, en effet, au-dessous de l'ulcération, un appendice triangulaire, résistant, cartilagineux. La bifidité du sternum n'est donc pas totale. D'un appendice xyphoïde médian partent de chaque côté deux moitiés de sternum qui s'écartent en laissant entre elles un espace ayant la forme d'un triangle isocèle dont le côté serait de 4 centimètres et la base, correspondant à l'espace interclaviculaire, de 3 centimètres seulement. L'ulcération se trouve inscrite dans ce triangle.

Quand l'enfant respire, il se fait, dans l'espace interclaviculaire et au-dessous, un changement de forme remarquable. Au moment de *l'inspiration*, affaissement complet de la partie médiane, surtout au-dessus de l'ulcération et dans la région cervicale où se forme un creux d'un demi-pouce de profondeur.

Au moment de *l'expiration*, en même temps que l'enfant crie, cette partie est soulevée et forme une surface bombée.

Du côté des parents on ne trouve aucun antécédent fâcheux. La mère a eu deux autres enfants bien portants. La dernière grossesse a été exempte de complications et l'accouchement a été régulier et simple.

Les jours qui suivirent le premier examen de M. Lannelongue, les modifications suivantes se produi-

sirent : chute de la membrane obturant l'orifice, saillie de la pointe du cœur au dehors et en avant du thorax, face antérieure des ventricules tout entière exposée, absence du péricarde, rétrécissement progressif de l'orifice cutané par la formation de gros bourgeons charnus soulevant les ventricules et la pointe du cœur ; par suite, danger de troubles circulatoires amenant des complications graves et nécessité d'une intervention chirurgicale prompte.

M. Lannelongue pensa que, s'il fermait l'orifice cutané, à l'aide de lambeaux cruentés par leur face profonde, les mouvements du cœur suffiraient à empêcher les adhérences d'être trop serrées et qu'il se ferait même un espace séreux conforme aux besoins de la fonction cardiaque.

Deux incisions verticales furent faites de chaque côté de l'anneau cicatriciel, à un centimètre et demi en dehors de la surface ulcérée. Les deux lambeaux latéraux ainsi formés furent mobilisés suffisamment pour que leurs bords internes pussent se rapprocher au devant du cœur. Les bases adhérentes de ces lambeaux, en forme de pont, assuraient largement leur vitalité. Leurs bords affrontés furent réunis par trois points de suture au crin de Florence. L'enfant n'avait perdu que quelques gouttes de sang. Son état général ne fut nullement troublé, et la plaie était entièrement cicatrisée en moins de vingt jours.

Deux mois après l'opération, l'enfant est parfaitement bien portant.

En définitive, l'opération a amené la transformation d'un cas d'ectocardie en une ectopie sous-cutanée. Il est encore possible que cette ectopie, qui est extrathoracique, devienne, dans l'avenir, intrathoracique, par suite du développement du cœur. »

M. Verneuil, qui a lu à l'Académie la note de M. Lannelongue, s'est exprimé ensuite en ces termes :

« Je suis heureux de constater que c'est la première fois qu'on a tenté et réussi cette opération. « C'est donc un nouveau fleuron ajouté à la couronne de la chirurgie française. »

Antipyrine ou analgésine ? — Autres corps antithermiques et analgésiques de la série aromatique.

Nous avons dit, dans le précédent numéro, que M. *Dujardin-Beaumetz* n'approuvait pas le projet manifesté par M. Bourgoin à l'Académie de débaptiser l'antipyrine pour la nommer analgésine. Voici les raisons que notre maître a données dans la séance du 8 mai. Il a rappelé d'abord les conclusions que la Société de médecine pratique a adoptées après une enquête très sérieuse, au sujet du monopole de l'antipyrine — conclusions que nous avons reproduites dans notre numéro du 11 février dernier. Cette Société a exprimé l'avis « que les pharmaciens et droguistes ont le droit de délivrer à leurs clients, comme produit médicamenteux, la diméthyloxyquinizine sous le nom commun d'antipyrine, quelle que puisse être l'origine du produit ».

Seul le nom du Dr Knorr peut constituer à cet égard une marque de fabrique, de sorte que lorsque le médecin indiquera de l'antipyrine du Dr Knorr, elle devra sortir des procédés de ce médecin.

« Si l'Administration redoutait d'avoir des procès avec les industriels qui exploitent le procédé de Knorr à Creil, j'eusse préféré, ajoute M. Beaumetz, qu'elle gardât le mot de diméthyloxyquinizine plutôt que d'attribuer un troisième nom à ce médicament, ce qui jette une certaine confusion dans les prescriptions, car il se peut très bien que l'on trouve un médicament tiré de la série aromatique

FEUILLETON

Les mouches parasites de l'homme.
Le myiasis.

Dans nos pays civilisés, l'homme se réjouit à bon droit d'avoir supprimé d'une façon à peu près radicale tous ses ennemis animaux, j'entends les grands, ceux que tout le monde voit, les grosses bêtes, les bêtes féroces. Depuis qu'Hercule et ses collaborateurs ont purgé le sol de l'antique Europe de tous les monstres qui l'infestaient, du lion de Némée, des tigres venus de l'Hyrcanie, (je ne parle ni des harpies, ni de l'hydre de Lerne, ni des oiseaux du lac Stymphale), il ne fait pas bon pour les bêtes de proie se promener en plein jour. C'est à peine si quelques ours représentent la race en certains districts désolés et déserts où on va les chasser pour le compte des marchands de comestibles ; quant aux loups, ils sont devenus moins nombreux et moins entreprenants, la fin malheureuse de la bête du Gévaudan leur a sans doute donné à réfléchir.

Mais il est des ennemis contre lesquels l'institution entière de la louveterie, Apollon lycochthone et Apollon pythien, Bonbonnel, Gérard et autres dompteurs de monstres réunis, ne sauraient entrer en lutte. De toute antiquité ces ennemis ont menacé l'homme du sort le plus affreux, de la fin la plus misérable. Déjà au livre de Job, il est question de ces vers qui pullulent dans les plaies de cet ancêtre des usuriers, vers qui ne dorment pas et ne lui laissent aucun repos. L'infortuné se grattait avec des tessons tandis que sa femme et ses amis le regardaient faire, tout en lui faisant la morale et en rendant des oracles. Job aurait pu cependant invoquer le « Dieu des mouches », ce Belzébuth (*Baal-Zeboub, seigneur des mouches*), dont il est si souvent question dans l'histoire du peuple juif.

Depuis Job, le cas d'un homme dévoré plus ou moins complétement par les mouches a été observé de temps à autre. On prétend que le roi Hérode périt ainsi : discuter le cas de cet ancien viveur nous mènerait trop loin. Plus récemment, sous le roi Charles X, un de nos concitoyens mourut de cette façon tragique. Mais avant que de parler des maladies parasitaires, des cas de *myiasis*, produits par les mouches, nous nous ferons un devoir de citer les auteurs auxquels nous empruntons les observations que nous allons citer. En ces temps de compilation facile où chacun trouve son bien où il le prend, il est de mode de se servir des travaux

auquel on donnera le nom d'analgésine, sans compter que les pays étrangers peuvent suivre notre exemple et attribuer à l'antipyrine une nouvelle appellation Il fallait donc plutôt, à mon sens, ou garder le nom d'antipyrine ou celui de diméthyloxyquinizine.

Je sais bien qu'au point de vue de la chimie pure, ce dernier mot n'existe plus, et cela surtout à cause des travaux de Knorr et de ses élèves qui ont détruit leur appellation de leurs propres mains en nous montrant que la quinizine, base hypothétique, n'existait pas, et aujourd'hui, d'après ces derniers travaux, l'antipyrine devrait s'appeler le phényl-diméthil-pyrazolon.

C'est là, il faut le reconnaître, un des inconvénients des nouvelles appellations chimiques, sur lesquels j'ai déjà appelé l'attention de l'Académie, et j'avoue que l'embarras a été grand pour moi, dans ces derniers temps, quand j'ai expérimenté dans mon service de nouveaux médicaments tirés de la série aromatique, tels que le dininitrate de diamide phénylacétine.

Notre langue est peu habituée à prononcer des mots aussi longs et composés d'une façon aussi bizarre.

Je dois d'ailleurs dire à l'Académie, en terminant, que de tous côtés on s'occupe de ces médicaments antithermiques analgésiques et que la France est entrée très vivement dans ce grand mouvement industriel. C'est ainsi que je puis présenter aujourd'hui un magnifique échantillon d'antipyrine cristallisée sortant de la fabrication française de M. Petit. C'est ainsi que je présente encore un autre échantillon d'un corps fabriqué par le même pharmacien, auquel il donne le nom d'antithermine et qui ne serait que de la phénylhydrasine lévulique.

C'est ainsi que la maison Poirrier et Dalsace fabriquent à leur tour des phénacétines au nombre de trois : la par-acét-phénétidine, l'ortho-acét-phénétidine et la meta-acét phénétidine.

J'ai déjà étudié deux de ces corps et je peux dire qu'ils constituent de puissants antithermiques et surtout d'actifs analgésiques à la dose de 50 centigrammes à 1 gramme et qu'on peut voir s'élever de toutes parts de redoutables concurrents à l'antipyrine, ayant tous une origine française. C'est là un mouvement scientifique et industriel auquel nous devons applaudir et que l'Académie ne peut qu'encourager. »

A la suite de cette communication, M. *Larrey* a exprimé le regret que M. Beaumetz eût prononcé à la tribune le nom des industriels auxquels l'Académie peut paraître ainsi donner un brevet de bonne fabrication.

M. *Beaumetz* a répliqué qu'il l'avait fait à dessein ; car, « si nous devons soutenir notre industrie dans la lutte contre le monopole allemand, nous devons le faire hautement ».

M. *Laborde* approuve, lui, le nouveau nom d'analgésine ; il ne croit pas la question du monopole aussi jugée que le dit M. Beaumetz. Il doute qu'il existe vraiment maintenant de l'antipyrine de fabrication française, — ce dont, au contraire, M. *Riche* et M. Beaumetz se sont portés garants.

L'antipyrine en oculistique.

M. *Grandclément* (de Lyon) a pratiqué avec succès, dans les affections oculaires, des injections hypodermiques d'antipyrine à la région temporale, à la dose de vingt-cinq centigrammes d'antipyrine dans dix gouttes d'eau distillée avec un demi-centigramme de chlorhydrate de cocaïne. Il n'a jamais eu d'abcès ; mais il se produit toujours, dans la région in-

---

des gens sans faire mention de leur nom. C'est là un procédé courant, à la portée de tous ; nous n'en userons pas cependant.

Les principales sources auxquelles nous avons puisé sont, outre les mémoires originaux de Mégnin, Portchinsky, A. Laboulbène, etc., l'histoire de l'expédition d'Egypte par le baron Larrey ; le traité élémentaire d'entomologie de Maurice Girard, l'édition française des Insectes de Brehm, par Künckel d'Herculais, les Commensaux et les Parasites par van Beneden, etc.

Les médecins savent, et je ne suis pas là pour le leur apprendre, que dans nos régions pendant les mois les plus chauds, et dans les pays tropicaux en toutes saisons, il arrive fréquemment que les plaies exposées à l'air libre attirent les mouches qui y déposent leurs œufs d'où sortent des larves qui, se développant dans les tissus malades, finissent par pulluler et par aggraver les ulcères. Larrey observa souvent ce fait dans les hôpitaux militaires d'Egypte et de Syrie, et il fait remarquer les complications sérieuses que la présence de ces larves amenait trop souvent. Le médecin des armées de Bonaparte combattait ces ennemis inattendus en lavant les plaies avec des décoctions aromatiques et amères. On ne sait pas exactement quelles sont les mouches qui attaquèrent ainsi nos blessés ; il est à croire que ce sont des muscides des genres sarcophila ou lucilia.

Dès 1827, Cloquet faisait une observation remarquable sur un cas de myiasis mortel que lui fournit un vagabond mort à l'hôpital Saint-Louis. Ce malheureux, en état complet d'ivresse, s'était endormi dans un fossé non loin du charnier d'équarrissage de Montfaucon. Pendant son sommeil, des mouches se posèrent sur toutes les parties découvertes de son corps et pondirent leurs œufs dans sa bouche, dans ses narines, dans ses oreilles et sous ses paupières. Les larves ne tardèrent pas à éclore et notre homme, dormant toujours, commença ainsi à être rongé vivant par tous ces asticots pullulant sur son visage. Au bout de trente-six heures seulement finit le sommeil de l'ivrogne ; l'état était fort grave. Transporté à l'hôpital Saint-Louis, cet homme grouillant de vers reçut les soins les plus empressés, on retirait les asticots, on en remplissait des assiettes, on les extrayait de partout où on pouvait les atteindre ; mais le plus grand nombre de ces larves avait déjà passé sous la peau, rongeant le tissu conjonctif, déterminant des abcès sous le cuir chevelu et dans les fosses nasales.

L'aspect du patient est effrayant : les vers sortent de toutes parts par des trous qu'ils percent maintenant dans la peau, et sous ces trous paraît la chair en putréfaction ; le globe de l'œil même

jectée, un léger gonflement sensible à la pression, qui dure six à huit jours et s'étend le plus souvent sous forme d'œdème jusqu'à la paupière inférieure.

Lorsque les injections sont efficaces, une bonne part de cette efficacité revient probablement à cette sorte de révulsion sous-cutanée avec analgésie de la peau à ce niveau.

Les injections d'antipyrine à la tempe réussissent :

1° Rapidement et presque toujours contre l'*élément douleur* oculaire et surtout péri-orbitaire ;

2° Souvent aussi, mais moins promptement et moins sûrement, contre l'*élément spasme* ;

3° Enfin, elles modifient favorablement la plupart des *processus inflammatoires du globe*, surtout s'ils s'accompagnent de douleurs ciliaires ; bien plus, leur action favorable sur la marche de l'inflammation est d'autant plus évidente que la douleur est plus vive.

M. Grandclément ne compte plus les kératites, *iritis* et irido-choroïdites avec douleurs ciliaires où ces injections se sont montrées très efficaces, presque souveraines ; — elles ont aussi guéri des *névralgies* et *hémicranies* paraissant avoir l'œil pour point de départ.

Enfin, elles ont paru améliorer très sensiblement l'*épisclérītis*, la *scléro-choroïdite antérieure*, mais moins manifestement les *corps flottants de l'humeur vitrée*.

La méco-narcéine

M. *Laborde* a isolé du groupe des principes immédiats tirés de l'opium un produit complètement débarrassé de la morphine et qui est la narcéine à laquelle restent attachés quelques alcaloïdes, inconnus encore aujourd'hui, et qui lui confèrent une grande solubilité. Il propose de nommer ce produit la méco-narcéine.

Injectée chez le chien de 10 à 12 kilogrammes à la dose de un à deux centigrammes, la méco-narcéine amène un sommeil calme, tranquille, ne laissant après lui aucun des symptômes fâcheux qui appartiennent à la morphine (nausées, vomissements, stupeur, parésie du train postérieur, etc.). L'animal qui a reçu la méco-narcéine présente à son réveil son entrain, son appétit naturels ; le morphiné, au contraire, refuse toute nourriture. La codéine présente également, quoique à un moindre degré, les inconvénients de la morphine.

Lorsqu'on débarrasse la méco-narcéine des quelques alcaloïdes d'ailleurs encore peu connus qui lui restent attachés, on obtient une narcéine chimiquement pure, mais insoluble, et incapable de produire les bons effets de la méco-narcéine.

La méco-narcéine produit aussi un abaissement de la sensibilité générale, ce qu'on n'observe pas avec la narcéine pure ; cette propriété paraît par conséquent appartenir aux alcaloïdes qui lui sont attachés.

La méco-narcéine agit sur les centres d'excito-motricité et de perception sensitive et les modifie ; le résultat est l'atténuation des phénomènes excito-moteurs ou réflexes d'une part, et d'autre part l'atténuation, l'émoussement des phénomènes de perception, la narcose et le sommeil qui en sont la suite.

La modération des actes fonctionnels du côté de la respiration et de la circulation et notamment un abaissement notable de la tension sanguine intra-artérielle et de la température générale, semblent indiquer qu'un certain degré d'anémiation des centres nerveux préside aux effets physiologiques intimes et, par conséquent, au mode d'action de la narcéine.

La méco-narcéine peut être employée en thérapeutique sous trois formes : en pilules, au dosage

---

fourmille de vers qui s'échappent, tombent, et se tortillent sur les draps. Le malade vit cependant toujours ; le Dr Cloquet, désespérant de le délivrer de cette fourmilière de larves, s'avise d'oindre toutes les parties attaquées avec de l'onguent mercuriel. Le moyen réussit à merveille et le patient, en voie de guérison, « devait être présenté à l'Académie de médecine lorsque, l'inflammation du cuir chevelu se communiquant à l'intérieur, il fut pris de tous les symptômes de la fièvre cérébrale et succomba » (Künckel).

L'autopsie révéla les plus graves désordres ; il est à remarquer que tous les accidents avaient eu lieu sans effusion de sang.

Divers cas similaires ont été signalés : c'est ainsi qu'un mendiant anglais, s'étant endormi en plein soleil avec un morceau de viande sur sa poitrine, entre son vêtement et sa peau, fut également envahi par des larves de mouche qui, de la viande, passèrent sur son corps, percèrent sa peau et déterminèrent des accidents assez graves pour amener la mort. Ces cas de myiasis doivent avoir été produits par des mouches des genres calliphora et lucilia (mouches bleues et dorées de la viande) et aussi par des sarcophages, mouches vivipares auxquelles appartient la mouche grise rayée de la viande (*sarcophoga carnaria*).

Mais les mouches les plus à redouter dans nos pays, sont les sarcophiles, dont quelques espèces ont été signalées en ces derniers temps, notamment en Russie, comme produisant de très nombreux accidents de myiasis chez l'homme et divers animaux domestiques. Sans entrer dans la description des diverses formes de ce genre, formes dont la synonymie est encore mal établie (*sarcophila ruralis*, *latifrons*, magnifica, Wohlfarti), nous donnerons quelques exemples des accidents causés par ces mouches.

Déjà au XVIIIe siècle (1768), Y. A. Wohlfart signalait un cas de myiasis causé par ces diptères : « Un homme de 67 ans, souffrant depuis huit jours de très vives douleurs de tête, avait la partie droite du visage, le pourtour de l'œil droit, de la bouche et du pharynx tuméfiés ; le 4e jour il sort par la narine gauche un ver et plus tard dix-huit autres par la narine droite. Les douleurs cessent, le malade se rétablit. — Wohlfart recueille les larves ; il constate la transformation en pupes et finalement l'éclosion des insectes parfaits 26 ou 30 jours après l'expulsion. Il décrit avec soin et figure l'insecte diptère sous tous ses états. » (Al. Laboulbène.)

Le professeur Al. Laboulbène, dans une étude publiée, sur le myiasis, en 1884, cite quelques cas

de un demi-centigramme par pilule ; en solution simple, dosée à un demi-centigramme par centimètre cube de véhicule ; en sirop dosé à un centigramme par 20 grammes.

Les principales indications de l'emploi de la méco-narcéine sont :

A. L'état d'insomnie soit protopathique ou nerveux, soit symptomatique d'affections incurables. (Elle a donné de bons résultats chez un diabétique qui n'avait aucun repos.)

B. Les affections bronchiques ou broncho-pulmonaires dont la toux et l'hypersécrétion muqueuse constituent les symptômes fondamentaux (bronchite aiguë, coqueluche). Le médicament atténue rapidement la toux ; donné à doses plus fortes, il amène la narcose.

C. Certaines névralgies (sciatique de date récente et pas encore rebelle).

D. La méco-narcéine enfin doit être essayée dans les cas de morphinomanie.

REVUE DE GYNÉCOLOGIE & D'OBSTÉTRIQUE

I. — Action de l'ergotine sur l'involution de l'utérus. — II. De la transmission intra-placentaire des microbes pathogènes de la mère au fœtus. — III. Traitement prophylactique des déchirures du périnée. — IV. L'hypnotisme et la suggestion en obstétrique. — V. Syphilis et hérédité paternelle.

Action de l'ergotine sur l'involution de l'utérus (1).

Quelle est l'action de l'ergot de seigle sur l'utérus dans les jours qui suivent l'accouchement ? A-t-il ou non une influence sur l'*involution utérine* ? L'accélère-t-il, la retarde-t-il ? Telles sont les questions, pleines d'intérêt pratique, qu'a cherché à résoudre le Dr Blanc, chef de clinique obstétricale à Lyon.

La chose est d'importance ; car nombre de médecins usent encore, à tort selon nous, de l'ergot de seigle après la délivrance, comme hémostatique et agent d'involution ; ils mettent encore en pratique l'enseignement de maîtres tels que Velpeau, qui disait : « Chez les femmes, auxquelles on a administré du seigle ergoté après l'accouchement, vous pourrez noter une diminution plus rapide de l'utérus. » Cette opinion a été depuis lors combattue par différents accoucheurs français et étrangers. Déjà, en 1882, Ganzinotti, dans sa thèse sur l'involution utérine, concluait, d'après une série de 31 cas, « que si le retrait quotidien de l'utérus est plus fort dans les 3 jours qui suivent l'administration du seigle ergoté, il cesse d'être supérieur dans les jours suivants, et même le retrait quotidien moyen est un peu plus faible qu'en dehors de l'administration de ce médicament ».

Les observations de M. Blanc, recueillies dans le service de M. Fochier, sont un peu plus nombreuses que celles de Ganzinotti : elles ont trait à une centaine de femmes suivies régulièrement depuis leur accouchement jusqu'au dixième jour des couches et soumises ou non à des injections sous-cutanées d'ergotine. Ces observations ont été groupées en trois séries : une première de 40 cas comprenant les femmes non soumises à l'action de l'ergotine ; une deuxième de 40 cas avec administration de l'ergotine pendant les cinq premiers jours de couches ; une troisième série de 12 cas seulement, ergotisées jusqu'au dixième jour après l'accouchement.

Les injections hypodermiques d'ergotine (1 cent. cube de la solution équivalant à 1 gr. d'ergot de sei-

(1) *Annales de gynécologie et d'obstétrique*, mars 1888.

---

intéressants, notamment un observé par le Dr Prunac, de Mèze (Hérault).

« Pierre A..., âgé de 55 ans, cultivateur à Mèze (Hérault), est atteint depuis environ 10 ans d'une rhinite chronique ulcéreuse (ozène), rebelle à toute médication. L'emploi, durant plusieurs années, d'un traitement général par l'huile de foie de morue, le sirop de raifort, divers dépuratifs, etc., concurremment avec des moyens locaux, tels que les irrigations et injections au phénol, au permanganate de potasse, etc., n'ont produit aucune amélioration notable dans l'état général ou local du malade. Du reste, le diagnostic pathogénique de cette affection offre des obscurités ; le Dr Prunac n'a trouvé, dans les antécédents, comme influence diathésique certaine, ni scrofule, ni syphilis.

« Le malade avait renoncé à tout traitement, lorsqu'il eut recours de nouveau à son médecin en juin 1880 ; il lui apprit que, depuis la veille, il ressentait une douleur juxta-orbitaire assez vive. En l'examinant avec soin, le Dr Prunac trouve à la partie supérieure du sillon labio-nasal droit une tuméfaction assez notable ; la peau est chaude, rouge, luisante en cet endroit, et cette région est, en outre, douloureuse au toucher. La sécrétion nasale a perdu ses caractères habituels ; elle n'est plus jaune-verdâtre, mais roussâtre, un peu sanguinolente. L'abondance de cette sécrétion est telle qu'elle entrave notablement la respiration et rend le décubitus dorsal tout à fait impossible. Pierre A... ne peut respirer qu'étant assis, la voix reste toujours fortement enrouée. L'écoulement nasal exhale une odeur fétide, spéciale et caractéristique.

« Au moment même de la visite médicale, Pierre A... rejette, sans efforts, par l'orifice antérieur des fosses nasales, un nombre considérable de larves vivantes (quarante environ), d'un blanc-grisâtre, animées de mouvements très marqués de reptation.

« Le Dr Prunac revoit son malade le lendemain. Il constate que le gonflement naso-jugal a presque complètement disparu. La sérosité fétide qui s'écoule par le nez est moins rougeâtre et peu abondante ; la dyspnée a cessé et le malade peut respirer dans le décubitus horizontal. Seul l'ozène persiste avec ses caractères et ses symptômes primitifs

« En janvier 1884, le Dr Prunac s'est assuré que Pierre A... n'offrait rien de particulier depuis 1880 ; l'ozène n'était pas guéri. »

(*A suivre.*)

MAINDRON.

gle) sont faites sur la paroi abdominale ; dans quelques cas on a été obligé de faire deux et même trois injections d'ergotine pour obtenir une contraction suffisante de l'utérus.

Pour suivre le plus exactement possible les modifications du volume de l'utérus, soumis ou non à l'action de l'ergot, M. Blanc a pris tous les jours la mensuration externe de l'organe, et deux fois dans les couches (cinquième et dixième jour) pratiqué le cathétérisme intra-utérin ; il a cherché également à se mettre en garde contre certaines causes d'erreur faisant varier l'utérus de situation (réplétion de la vessie, réplétion de l'ampoule rectale, antéflexion de l'utérus, etc.).

Il résulte de ces recherches que, dans les cas où l'ergotine n'est pas administrée, la cavité utérine subit une diminution de volume plus constante, plus régulière, que l'involution est plus complète et plus rapide. Ces faits, que prouvent à la fois la mensuration externe et le cathétérisme intra-utérin, contre-indiquent l'emploi du seigle ergoté comme agent d'involution dans les suites de couches. Toutefois, d'après M. Blanc, l'ergot de seigle conserve tous ses droits vis-à-vis des hémorrhagies secondaires ; son action sera ici d'autant plus efficace qu'on sera moins éloigné de l'époque de l'accouchement.

Il y a lieu de se demander comment un médicament, comme l'ergot de seigle, excitateur par excellence de la fibre musculaire lisse, peut arriver à gêner la rétraction d'un organe presque exclusivement constitué par cet élément anatomique. C'est que, entre autres raisons, les contractions établies dans l'utérus sous l'influence de l'ergot ne sont pas comparables aux contractions physiologiques : avec l'ergot, la contraction devient rémittente, presque continue et comme spasmodique, tandis qu'en dehors de son action, elle est brève et franchement intermittente. La nutrition interstitielle, la circulation de l'organe utérin doivent être profondément troublées dans le premier cas, tandis qu'elles s'effectuent régulièrement dans le second.

Il faut donc rejeter de plus en plus de la pratique obstétricale l'ergot de seigle et ses dérivés.

De la transmission intra-placentaire des microbes pathogènes de la mère au fœtus.

Varnier (1) passe en revue les opinions actuelles sur cette intéressante question, opinions basées sur de récentes recherches bactériologiques : il rappelle d'abord que les recherches anatomiques et expérimentales de Coste et de Bonamy ont fait voir que les liquides injectés dans les vaisseaux de la mère ne passaient pas dans les vaisseaux du fœtus. L'histologie a confirmé ces données en montrant que les vaisseaux du fœtus forment un circuit complètement fermé plongeant dans le sang de la mère au niveau des lacs sanguins du placenta.

La question ainsi tranchée se présenta bientôt sous une autre forme ; on se demanda si des éléments très petits, en suspension dans le sang maternel, ne pouvaient pas, en traversant la tunique des vaisseaux, pénétrer dans l'organisme du fœtus. En 1857, Brauell (de Dorpat), à la suite d'examens histologiques du sang (fœtus de brebis et de jument) et par des inoculations de ce sang à des animaux, arriva à la conclusion suivante : « Les embryons des animaux morts du charbon ne donnent à l'examen anatomique aucun signe de cette maladie. L'inoculation de leur sang donne toujours des résultats négatifs. Le charbon ne passe donc pas de la mère au fœtus. » Les recherches de Davaine sur les cobayes pleines vinrent bientôt confirmer ces conclusions qui prirent le nom de *loi Brauell-Davaine*.

Cette loi, qui depuis lors fut universellement acceptée, sauf quelques réserves, commença à être battue en brèche par les expériences d'Arloing, Cornevin et Thomas, Chamberlent, Strauss et Chamberland, Chauveau, etc. Ces expérimentateurs établirent que le placenta laisse passer certains agents pathogènes, mais qu'il s'oppose au passage de certains autres. De plus, tantôt le placenta laisse passer le bacille du charbon de la mère au fœtus, tantôt il s'oppose complètement à ce passage. Lorsque le placenta n'oppose pas une barrière infranchissable aux bacilles du charbon, il joue cependant un rôle de filtration manifeste, en ce sens qu'il ne livre passage qu'à un nombre restreint de microbes (Straus), à de *rares* bacilles *erratiques* et incapables ou peu capables de se multiplier dans le jeune sujet (Chauveau).

Restait à expliquer pourquoi certains micro-organismes, tels que celui du choléra des poules, passent d'une façon *constante* de la mère au fœtus, alors que d'autres, comme celui du charbon bactérien, passent seulement dans certains cas. C'est cette explication que cherche à donner M. Malooz, préparateur à l'Université de Liège, dans un mémoire important (*Annales de l'Institut Pasteur*, mars 1888) : d'après cet auteur, les micro-organismes ne franchissent la barrière placentaire, pour atteindre l'embryon, que dans les cas où le placenta présente des altérations histologiques, des villosités choriales, lésions généralement dues à l'action pathogène des éléments parasitaires eux-mêmes.

La transmission microbienne de la mère au fœtus ne saurait être un fait constant. « Elle sera aussi variable et aussi inconstante que les propriétés des éléments parasitaires eux-mêmes.

« Dans l'appréciation de la possibilité de l'atteinte du fœtus par un parasite déterminé, il faudra toujours tenir compte de diverses circonstances : degré de virulence, atténuation plus ou moins grande, action plus ou moins destructive sur les cellules et les tissus, temps écoulé entre le moment de l'inoculation et la mort, texture différente du placenta d'un animal à l'autre, et notamment épaisseur très variable, suivant les espèces, de l'épithélium des villosités.

« Les altérations placentaires, inconstantes dans le charbon et variables d'une espèce animale à l'autre, seraient, au contraire, de règle dans les maladies comme le charbon symptomatique, et surtout le choléra des poules, affections où la transmission du microbe au fœtus a été bien plus régulièrement cons-

(1) *Annales de Gynécologie*, avril 1888.

talée. Si on applique ces données à des maladies comme la variole, la tuberculose, la pyohémie, on comprendra que le fœtus sera menacé chaque fois qu'il se sera produit une altération susceptible de rompre les barrières cellulaires du placenta : point hémorrhagique dans la variole, ramollissement d'une nodosité dans la tuberculose, foyer d'abcession dans la pyohémie. »

Ces conclusions sont fort intéressantes et jettent un peu de clarté dans ce chapitre encore obscur de la transmission des maladies de la mère au fœtus.

Traitement prophylactique des déchirures du périnée.

C'est là une question toujours nouvelle, au sujet de laquelle le Dr Auvard (1) se livre à quelques considérations intéressantes ; il insiste sur la manière de soutenir le périnée pendant la sortie de la tête fœtale, en se basant sur la manière dont se fait l'expulsion normale de la tête.

Le sommet en occipito-pubienne apparaît à la vulve à chaque contraction, puis recule dans l'intervalle des contractions. Il avance davantage : la tête se place sous la symphyse pubienne, de telle sorte que la symphyse correspond exactement à l'union de la tête et du cou: puis, par un mouvement de déflexion, la tête s'échappe des organes génitaux. Il se fait à ce moment un mouvement de charnière dont le centre est à l'union de la symphyse et de la partie fœtale en contact direct avec elle. Ce mouvement amène le dégagement successif de tous les diamètres sous-occipitaux et de toutes les circonférences qui correspondent à ces diamètres.

Il faut veiller, lorsqu'on pratique le dégagement de la tête, à ne pas soutenir trop énergiquement le périnée, sous peine de défléchir trop tôt la tête et d'exposer la vulve aux déchirures. Si la main périnéale exerce une trop forte pression sur la tête, celle-ci, arrêtée également par l'autre main qui est appliquée directement sur elle, commence sa déflexion avant le temps voulu : le mouvement de charnière s'accomplit alors autour d'un point répondant à l'occiput même, ce qui augmente d'autant la distension des parties maternelles.

Aussi doit-on chercher, avant tout, à favoriser le dégagement de l'occiput sous la symphyse pubienne ; on abaisse au besoin la tête avec deux doigts placés au voisinage du lambda ; on n'aide le mouvement de déflexion que quand l'occiput a complètement franchi la symphyse pubienne, de telle sorte que le mouvement de charnière s'accomplisse au niveau de la partie du cou la plus voisine de la tête. En outre, il faut veiller à ce que la symphyse pubienne et la partie supérieure de l'anneau vulvaire se trouvent exactement, pendant le mouvement de déflexion, au niveau de la partie supérieure du cou fœtal. La direction imprimée à la tête est alors aussi bonne que possible.

(1) *Bulletin médical*, avril 1888.

L'hypnotisme et la suggestion en obstétrique.

Depuis le 1er janvier 1888, M. Auvard, accoucheur des hôpitaux, a repris la direction scientifique des *Archives de tocologie, des maladies des femmes et des enfants nouveau-nés*, journal fondé en 1874 par le professeur Depaul. Parmi les mémoires originaux insérés dans les trois premiers numéros (janvier, février, mars), nous trouvons un travail plein d'actualité, de M. Auvard et de son interne Seycheron sur l'application de l'hypnotisme à l'obstétrique. C'est là un terrain solide d'observation pour le contrôle des faits liés à l'hypnotisme, car les douleurs de l'enfantement sont un critérium peu trompeur et il est difficile de dissimuler les douleurs, de paraître sommeiller en un moment souvent si cruel.

MM. Auvard et Seycheron rapportent en détail leurs observations personnelles sur ce sujet et celles publiées avant eux par Ladame, Féré et Budin, Priztl, Dumontpallier, Porak, Auvard et Varnier, Mesnet, Fontan et Segard, Thomas ; ils concluent de ces documents que l'hypnotisme est susceptible d'être provoqué pendant l'accouchement, mais d'habitude avec plus de difficulté qu'à l'état normal. Pendant le travail, l'hypnotisme peut vraisemblablement exister sous toutes ses formes : catalepsie, léthargie, somnambulisme ; toutefois il n'y a pas d'observation de catalepsie nettement signalée. L'avantage de l'hypnotisation pendant l'accouchement est d'amener l'anesthésie. La suppression de la douleur pourra être obtenue soit par simple léthargie, soit par le somnambulisme avec ou sans suggestion.

L'insensibilité est loin d'être le résultat constant de l'hypnose provoquée pendant la parturition. Les insuccès sont dus soit à ce que la suggestion est mal ou incomplètement acceptée, soit à ce que la douleur utérine fait passer de l'état léthargique ou de l'état somnambulique à l'état de veille. En d'autres termes, la contraction utérine douloureuse est une cause continuelle de réveil, contre laquelle ne peuvent efficacement lutter les moyens qu'on emploie d'habitude pour provoquer l'hypnotisme.

L'hypnotisme ne paraît pas avoir d'influence nette sur la marche du travail, si ce n'est peut-être un certain ralentissement dans les contractions utérines. Ce n'est qu'un anesthésique inconstant, généralement incomplet ; on ne doit en conseiller l'emploi dans la pratique obstétricale qu'à titre tout à fait exceptionnel, d'autant qu'on possède dans le chloroforme, le chloral, des moyens bien plus sûrs.

On peut cependant, sans grand inconvénient, provoquer le somnambulisme ou même la léthargie pendant la dilatation du col ; mais pendant la période d'expulsion on laissera l'hypnotisme de côté : la parturiente, ramenée à son état normal, sera soumise, s'il y a lieu, aux anesthésiques ordinaires, au chloroforme, par exemple, donné à dose obstétricale.

A côté de l'hypnotisme véritable, il y a la suggestion à l'état de veille, l'emploi du pseudo-chloroforme, ou autres moyens semblables, qui, chez les es-

prits facilement impressionnables, pourront atténuer les douleurs. L'emploi de ces moyens est à conseiller ; car leurs inconvénients sont nuls et leurs avantages souvent réels.

Syphilis et hérédité paternelle.

C'est un sujet du plus haut intérêt social et médical, mais rempli encore de points obscurs, qu'aborde dans sa thèse le Dr Riocreux, élève du professeur Fournier ; l'auteur y relate quantité d'observations intéressantes relatives à l'hérédité syphilitique paternelle, et, à l'aide d'une discussion très sérieuse, en déduit des conclusions fort judicieuses où l'on reconnaît les traces de l'enseignement du professeur de Saint-Louis.

La transmission héréditaire de la syphilis du père à l'enfant, la mère paraissant saine, est un fait indéniable : cette puissance qu'a le père de transmettre sa maladie à son enfant est d'autant moins grande, sauf de rares exceptions, que la syphilis est plus ancienne. On ne peut déterminer d'une façon précise les limites extrêmes entre lesquelles peut s'effectuer cette transmission : on en trouve de nombreux exemples dans la période tertiaire.

Le traitement *initial* de la syphilis du père, quand il est suffisamment éloigné de l'époque de la conception, ne paraît pas avoir d'influence sur les produits de la grossesse.

Les enfants qui naissent sains de père syphilitique et de mère saine ne paraissent pas jouir à l'égard de la syphilis de l'immunité qu'on a voulu leur attribuer.

La transmission dite héréditaire de la syphilis à l'enfant ne doit pas être considérée comme un phénomène d'hérédité proprement dite. Il est plus rationnel de voir là un fait de contagion in utero, le spermatozoïde contagionnant l'ovule.

Dans le plus grand nombre des cas d'hérédité paternelle, la mère paraît rester saine. Mais il y a des raisons sérieuses de croire qu'elle est plutôt *vaccinée*, c'est-à-dire qu'elle a contracté une syphilis conceptionnelle très atténuée, laquelle reste longtemps silencieuse, mais peut donner après un certain nombre d'années des accidents souvent peu importants, parfois très graves.

La transmission héréditaire de la syphilis du père à l'enfant n'est pas fatale : d'après la statistique de Riocreux, sur 75 familles où le père est syphilitique, les enfants ont été contaminés héréditairement 43 fois ; sur 112 familles où l'on trouve des enfants atteints de syphilis congénitale, il y a en a environ 43 où le père seul est syphilitique et 69 où les deux parents sont atteints.

Le traitement spécifique suivi par le père seul en temps voulu met sûrement sa descendance à l'abri de toute contamination. Le traitement appliqué à la mère seule donne des résultats moins certains ; toutefois ce traitement s'impose chez la femme grosse, lorsque le père est nettement syphilitique et qu'il n'a pas été soumis à un traitement récent. « Rien n'est plus commode, dit à ce sujet Riocreux, avec l'aide du mari, le complice naturel du médecin dans ces circonstances, que de faire prendre du mercure à madame, sous un nom d'emprunt quelconque. Quant à l'estomac, il est plus difficile de l'induire en erreur. Aussi bannira-t-on le sublimé, le biiodure, le sirop de Gibert, et autres préparations semblables mal tolérées par les femmes enceintes surtout. On aura recours aux pilules de protoiodure de 0 gr. 05 à 0 gr. 08 que l'on rendra tolérables par l'union à l'opium ou par tout autre artifice. Enfin les frictions mercurielles seront la dernière ressource en cas d'intolérance gastrique absolue. C'est ainsi qu'on arrivera au résultat désiré et qu'on évitera les avortements, les fausses couches, les naissances de syphilitiques ».

Dr G. Lepage.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Des causes de la dépopulation française et de la nécessité de réorganiser les services d'assistance et d'hygiène.

Le travail de M. *Pierre Fleury*, inspecteur des enfants assistés de la Creuse, est particulièrement intéressant ; M. Fleury parle de choses qu'il connaît bien et avec une compétence absolue. Il propose d'intéressantes solutions ; elles ne peuvent pas, malheureusement, se passer de l'assentiment des législateurs ; mais nous espérons que le temps viendra, enfin, où ces questions vitales, prendront le pas dans leur esprit, sur les discussions purement politiques, au grand bénéfice des intérêts du pays.

Enfants assistés.

M. Fleury se préoccupe d'abord de l'important service des enfants assistés. Il demande qu'on ne limite pas leur nombre ; qu'on n'impose pas aux mères les secours temporaires, lorsqu'elles les refusent et qu'*avant toute considération budgétaire* on sauve l'enfant, qu'on assure son avenir, qu'on l'instruise et qu'on sauvegarde l'honneur des familles. Il constate que les commissions gratuites administratives des hospices des enfants assistés n'ont pas le dévouement nécessaire et qu'on peut le réclamer seulement des *inspecteurs* rétribués et pourvus d'une situation indépendante, ne relevant que du ministre qui les nomme et peut les révoquer en cas d'insuffisance.

M. Fleury souhaite que tout enfant assisté ou secouru temporairement soit placé, quel que soit son âge, sous la surveillance du *médecin inspecteur* des enfants en bas âge de la circonscription et visité par lui une fois par trimestre, lorsqu'il aura plus de deux ans, et vacciné par lui, quel que soit son âge.

Services de maternité.

Il doit exister au moins une maternité dans chaque département et l'entrée n'en doit être interdite à *aucune* femme ou fille enceinte. Les causes des décès de tous les enfants de moins de deux ans doivent être constatées par le médecin-inspecteur. Le

(1) 1888, chez Paul Amiault, imprimeur, 3, rue du Marché, à Guéret (Creuse).

maire, qui d'ordinaire connaît la grossesse des filles de sa commune, par ses bons conseils, peut, s'il le veut, empêcher bien des infanticides.

Secours temporaires.

Ennemi du rétablissement des *tours*, M. Fleury préconise les *secours temporaires* accordés aux mères pauvres, mariées ou non ; car, presque toujours, l'enfant secouru est élevé par la mère ou par les parents qui s'y attachent et le soignent bien, et, ce qui le prouve, c'est qu'avec les secours, la mortalité des enfants illégitimes diminue.

Il ne faut pas séparer la fille-mère de son enfant, lorsque cela est possible. Si l'abandon était trop facilité, les enfants appartiendraient de plus en plus à l'Etat et, comme en Angleterre, les indigents seraient tentés de dire : « Nos enfants ne sont pas à nous, ils appartiennent à la paroisse. »

Pour sauvegarder, en cas de nécessité, l'honneur des familles, il suffit de la discrétion professionnelle de *l'inspecteur* qui prend, vis-à-vis de l'administration, la responsabilité de ses décisions.

Pour diminuer la mortalité infantile, il faut réprimer les excès de la séduction, créer des services gratuits de maternité, secourir les mères pauvres, surveiller les nourrices ; veiller à ce qu'elles soient régulièrement payées, par l'intervention du maire qui s'adresse aux parents et en cas d'échec, considère l'enfant comme *abandonné*, et fait rétribuer la nourrice sur les fonds du département. Il faut encore faire constater les décès.

Réorganisation des services d'assistance et d'hygiène.

Elle nécessite la création d'une *Caisse de l'Assistance*, administrée par le *Directeur général* de la santé publique, assisté d'un conseil supérieur d'assistance et d'hygiène. Cette direction pourrait permettre la rigoureuse application de la loi *Roussel* et celle des enfants abandonnés ; créer partout des services gratuits de maternité, d'hygiène et de médecine gratuite.

On verserait à la caisse les cent vingt-cinq millions de revenus des hôpitaux et hospices ; les 35 millions des bureaux de bienfaisance; le produit des fondations au profit des enfants assistés et les subventions des départements et des communes.

Ces recettes sont actuellement insuffisantes; il faudrait donc alimenter la caisse générale par des ressources spéciales, difficiles à établir dans un pays épuisé par les charges de sa dette et surtout de son budget d'une guerre sans cesse menaçante, d'une guerre pour l'existence, à laquelle il faut penser toujours.

Les services d'hygiène exigeraient, selon M. H. *Monod*, une somme que procurerait une surtaxe de 4,75 par hectolitre d'alcool. En limitant au sixième degré les successions, les déshérences procureraient une ressource notable. A l'exemple de la *Suisse*, *Belgique*, *Allemagne*, une taxe sur le million d'étrangers qui vivent en France, donnerait à 2 fr. deux millions et arrêterait à la frontière les mendiants et les vagabonds. Un impôt sur les célibataires, de 10 fr. par tête, produirait 20 millions.

Telles sont les ressources que M. Fleury propose d'attribuer à la Caisse d'assistance et d'hygiène publique. Il estime qu'elles seraient supérieures de cinq millions aux besoins du service généralisé dans toute la France. Il recherche l'emploi de cet excédent.

Il considère que la France se dépeuple, non par excès de mortalité, mais par défaut de natalité.

Il faudrait venir en aide aux familles nombreuses, limiter la mortalité enfantine par l'application rigoureuse de lois spéciales, par la diffusion des notions et des mesures d'hygiène (la variole, le croirait-on, fait encore, chaque année 30,000 victimes). La fièvre typhoïde, la syphilis pourraient être limitées dans leurs ravages ; l'inspection des écoles pourrait empêcher la propagation des affections contagieuses (scarlatine, rougeole, etc.) Puisqu'il est prouvé qu'on peut abaisser de cent mille la mortalité annuelle des enfants, la France a perdu par sa faute des millions d'habitants. Elle pourrait en avoir, à l'heure actuelle, soixante millions.

C'est à soulager bien des misères, à repeupler la France, en lui rendant en conséquence ses éléments de résistance contre les agressions, que seraient consacrées les ressources de l'Assistance Française. Quand viendra donc le jour où le pays voudra fermement que son budget soit, en partie, consacré à préserver la santé et la vie de *tous* !

Dans sa brochure, M. Fleury s'occupe ensuite de l'application de la loi Roussel dans le Calvados, qui a donné de si surprenants résultats. Il indique les mesures à prendre pour le payement des salaires dus aux nourrices ; il fait le calcul de la mortalité des enfants du 1er âge, étudie les services de la Maternité, la constatation des décès et résume les résultats de l'application de la loi Roussel.

Nous espérons avoir inspiré à nos lecteurs le désir de lire ce travail consciencieux d'un homme laborieux. Cette lecture est attachante et elle dénote l'ardeur qui anime les apôtres de la croisade entreprise par M. Henri Monod, directeur de l'assistance publique de France, contre l'ignorance, les préjugés, les lacunes de la protection que la Société doit à tout être besoigneux, infirme, incapable de se défendre.

H. C.

Responsabilité des aliénistes.

Il y a quelque temps une dame Weldon gagnait un procès aux dépens des médecins qui voulaient la faire enfermer comme aliénée ; depuis cette époque il s'est produit une série ininterrompue de procès du même genre.

Chaque aliéné, que l'on relâche, s'empresse d'accuser d'erreur et de négligence les médecins qui l'ont fait enfermer et lors même que des jurés sympathiques au corps médical n'accordent pas de dommages-intérêts fort élevés, il résulte de ces sortes de procès des frais énormes pour le médecin poursuivi. Tout récemment une demoiselle M..., jeune femme exaltée et de caractère difficile, vient de perdre un procès dans ces conditions à la Cour d'assises de Bristol, contre les docteurs Marshall et Shaw. Le procès n'a pas duré moins de quatre jours

et s'est terminé, heureusement, par un verdict en faveur des défendeurs.

On avait espéré qu'une loi, qui a été votée l'année dernière à ce sujet, aurait protégé les médecins contre de tels procès vexatoires, mais apparemment il n'en est rien. Si cet état de choses persiste, on peut compter assurément sur une grève des médecins en ce qui concerne les certificats d'aliénation mentale, et cela au grand détriment des malades.

CORRESPONDANCE

L'ordre des médecins

Nous avions résumé brièvement une lettre de M. Surmay sur ce sujet. Pour nous conformer au désir qu'il nous exprime, nous la reproduisons dans ses principaux passages, ainsi que celle que nous avons reçue récemment.

Ham, le 6 avril 1888.

Monsieur et honoré confrère,

Il est à peu près certain que je ne pourrai pas assister à la réunion de l'Union des syndicats.

Je vous prie donc de m'excuser auprès des membres de la Commission.

Ce que je dirais si je pouvais me joindre à vous dans cette Commission, vous le savez, puisque vous connaissez ce que j'ai dit et écrit sur la question ; vous savez aussi que je partage votre avis sur le meilleur moyen d'arriver à ce que nous désirons. Il faut gagner à notre cause des députés et des sénateurs capables de la défendre. Quant à sa propagande, je crois qu'elle ne serait pas tout à fait inutile, si un certain nombre de journaux voulaient combattre pour nous ; mais, jusqu'à présent, je ne connais que le *Concours médical* qui se soit rallié ; les autres sont ou hostiles ou indifférents, comme leurs abonnés d'ailleurs. Si vous pouvez faire quelque chose en réunissant une sorte de syndicat de la Presse médicale, ce serait excellent, mais c'est trop beau pour l'espérer !

Dans la dernière assemblée de l'Union des syndicats, on a parlé d'un Congrès à réunir l'année prochaine, comme on l'a fait en 1845. Malheureusement nous sommes en 1888 et nous sommes loin des idées et des sentiments de nos aînés. Le Congrès de 1889 ne serait que le Congrès des sociétés locales, et nous savons ce qu'elles ont donné il y a deux ans. Je suis convaincu qu'un congrès en 1889 serait l'enterrement définitif de l'ordre des médecins. Encore une fois, puisque les médecins n'ont pas voulu être persuadés, il faut persuader la législature, et je suis convaincu que, s'ils imposaient aux médecins l'institution que nous leur demandons, les médecins ne tarderaient pas à leur en être reconnaissants.

Trouvez donc quelqu'un pour faire un amendement, si la loi vient en discussion. Malheureusement je la vois arriver dans un moment qui n'a que trop de ressemblance avec celui dans lequel la loi Salvandy a sombré. Malheureusement encore, et bien plus malheureusement, les médecins de la Chambre ne sont pas, je crois, favorables à notre projet....

Ne serait-il pas possible, si le projet actuel n'arrive pas à l'ordre du jour de la Chambre des députés, d'en faire introduire un autre, qui serait le nôtre au Sénat?

Ce projet que j'appelle nôtre, je vous l'envoie en deux exemplaires et je l'aurais proposé à votre réunion si j'avais pu y assister.

Voilà ce que j'ai à vous dire et ce que j'aurais dit si j'avais pu être des vôtres : voulez-vous le dire à ma place ?

Monsieur le Rédacteur et honoré confrère,

Je viens de lire dans le *Concours médical* du 21 avril dernier le compte rendu de la séance de la Commission nommée par l'*Union des Syndicats* pour l'étude du projet de création d'un *Ordre des médecins*. J'y vois que l'étude de cette question a été ajournée, entre autres motifs, parce que M. Surmay, auteur d'un « projet ancien, et invité à la réunion, « a écrit qu'il estimait que le moment n'était pas « opportun, que les esprits n'étaient pas suffisam- « ment préparés dans le corps médical et qu'en ou- « tre les Chambres, nécessairement appelées à inter- « venir, n'étaient pas animées de sentiments favo- « rables à l'institution d'un ordre nouveau, à la « collocation aux médecins d'une constitution qui « leur permettrait d'interdire à certains d'entre eux « l'exercice de leur profession, même s'ils la déshonoraient. »

Me trouvant dans l'impossibilité d'assister à cette séance, j'ai, en effet, eu l'honneur de vous écrire ce que j'y aurais dit. Je ne doute pas que je me sois exprimé bien maladroitement, car je ne retrouve pas la reproduction exacte de ma pensée dans la note sommaire insérée dans votre journal.

Voici ce que j'ai voulu dire :

« Dans la presse médicale, dans les sociétés locales, dans les Assemblées générales de l'Association ma proposition de création d'un Ordre des médecins a recueilli des adhésions dont je suis fier ; mais il faut bien reconnaître que la majorité n'a montré à son égard que de l'indifférence, de la froideur ou de l'hostilité.

Il n'y a donc pas à recommencer quant à présent, la campagne avec des moyens analogues à ceux qui viennent d'aboutir à un échec.

Mais trois projets de loi sur l'exercice de la médecine, à savoir, par ordre de date, celui du Dr Chevandier, celui de l'Association générale et celui du gouvernement, devant bientôt, à ce qu'il paraît, être soumis aux délibérations du Parlement, il y a lieu d'introduire dans la discussion, par voie d'amendement, le projet de création d'un ordre de médecins.

Pour cela, il faut s'assurer le concours de quelques sénateurs et députés capables de le défendre. C'est la seule chose qu'il me paraisse utile de faire en ce moment, et, en ce qui me concerne, je suis résolu à y employer tous les moyens en mon pouvoir.

Si nous réussissons, j'ai la conviction que les médecins seront heureux, — et même reconnaissants — de vivre sous la loi qu'ils n'ont pas voulu demander et qui leur sera imposée.

Si nous échouons, nous aurons du moins pris position et de cette position nous pourrons partir pour une campagne ultérieure à laquelle il n'est pas impossible que la fortune veuille bien sourire.

Je ne sais pas du tout quels seront les sentiments des Chambres à l'égard de ma proposition. Je n'ai même aucune raison de présumer qu'elles leur seront hostiles ; mais, ne serait-ce que pour connaître ces sentiments, il y a lieu d'en provoquer l'expression. »

Cette manière de voir me paraît sensiblement différer de celle qui m'a été prêtée dans votre journal et qui a dû étonner ceux de vos lecteurs qui me connaissent.

Ne pensez-vous pas, Monsieur le rédacteur, qu'il serait utile d'insérer dans votre prochain numéro la présente lettre à titre de rectification ? Je ne sais si je me fais illusion, mais il me semble que ce serait rendre service tout à la fois à la cause et à son défenseur.

Agréez...

Dr SURMAY,

Président de l'Association de St-Quentin, membre correspondant de l'Académie de médecine.

BULLETIN DES SYNDICATS
ET DE
L'UNION DES SYNDICATS

DIRECTEUR : Dr BARAT-DULAURIER

Syndicat médical d'Indre-et-Loire

Séance du 1er février 1888,

sous la présidence de M. HIPPOLYTE THOMAS.

Le secrétaire lit le procès-verbal de la dernière séance qui est adopté.

Le bureau a reçu neuf adhésions : celles de MM. Bachelot, de Vernon; Bézard, de Tours ; Caillet, de Luynes; Fischer, de Fondettes; Gilles, de Tours; Guertin, de Tours; Jourdin, de Ballan; Meurraté des Hermites; Sajons, de Saint-Christophe.

L'admission est prononcée à l'unanimité.

M. le Président lit une circulaire du ministre du Commerce, en date du 25 octobre 1887, demandant sur le Syndicat médical d'Indre-et-Loire divers renseignements appelés à figurer dans un annuaire des syndicats et associations professionnels.

La circulaire se termine ainsi :

« Si, d'autre part, vous aviez à me présenter des observations au sujet de la loi du 21 mars 1884 et de son fonctionnement, je serais heureux de les recevoir, et je puis vous assurer, Monsieur le Président, que les vœux exprimés par votre association seraient, de la part de mon administration, l'objet de l'examen le plus attentif.

Recevez, Monsieur le Président, l'assurance de ma considération la plus distinguée.

Le ministre du Commerce et de l'industrie,

Lucien DAUTRESME.

Les renseignements demandés par M. le ministre ont été fournis ; de plus, on a fait la réponse suivante à la dernière partie de la circulaire :

« Le syndicat médical d'Indre-et-Loire proteste contre l'interprétation de la loi du 21 mars 1884, faite par la Cour de cassation, lors du procès intenté par le syndicat de Domfront à un rebouteur. Il prie Monsieur le ministre de vouloir bien appuyer de sa haute autorité l'article additionnel à la loi des syndicats proposé par le Dr Dupuy, de Vervins, député et président de l'Union des syndicats médicaux de France, — et demandant pour les syndicats des professions libérales et des médecins en particulier, le droit d'ester en justice qui appartient aux associations ouvrières. »

En date du 16 décembre 1887 le ministre a répondu :

« Monsieur le Président du syndicat médical d'Indre-et-Loire, à Tours.

Monsieur le Président, j'ai l'honneur de vous accuser réception et de vous remercier de l'envoi de la feuille signalétique contenant les renseignements que je vous demandais par ma circulaire du 25 octobre dernier, en vue de la publication d'un annuaire des syndicats.

J'ai pris connaissance avec intérêt des observations que vous m'avez présentées, au nom de votre syndicat, sur l'extension des bénéfices de la loi du 21 mars 1884 aux associations constituées entre personnes exerçant la profession de médecin. Cette affaire est actuellement à l'étude.

Vous pouvez être assuré, Monsieur le président, que mon administration ne manquera pas de tenir compte, dans la mesure légitime, de l'opinion émise par l'association que vous représentez et qu'elle apportera dans l'examen de la question la préoccupation de l'application la plus complète et la plus sincère de la loi relative aux syndicats professionnels.

Agréez, Monsieur le Président, l'assurance de ma considération très distinguée.

Le ministre du Commerce et de l'Industrie,

Lucien DAUTRESME.

M. H. Thomas fait remarquer l'importance de cette lettre au point de vue de l'avenir des syndicats.

M. le Président demande ensuite l'avis du syndicat sur une question qui lui est posée dans la lettre d'un membre du syndicat : Un médecin inspecteur des écoles a-t-il le droit d'aller visiter chez ses parents un enfant malade absent de l'école depuis quelque temps ; a-t-il le droit, alors que l'enfant est soigné par un autre médecin, d'imposer des médicaments, alors surtout que les parents ne l'ont point consulté ?

Le syndicat est d'avis qu'un médecin inspecteur des écoles n'a le droit de visiter les enfants que dans l'école ; que lorsqu'il est chargé par l'administration d'un rapport complet sur une épidémie, s'il croit nécessaire de visiter les enfants malades chez leurs parents, il doit demander des renseignements au médecin traitant, et n'aller visiter les jeunes malades qu'accompagné par ce dernier.

M. H. Thomas dit que les frais d'installation de la salle des séances du syndicat s'élèvent à environ 80 francs ; qu'il est juste que le syndicat en paie sa part.

Le syndicat autorise le trésorier à payer le tiers des frais d'installation; les deux autres tiers devant être payés par la Société médicale et l'Association.

Il est procédé ensuite à la nomination d'un délégué devant assister à la séance de l'Union des syndicats en 1888. Le Syndicat désigne le trésorier, qui en cas d'impossibilité sera remplacé par un membre du Bureau.

Le secrétaire lit le rapport suivant sur les actes du syndicat en 1888 :

Messieurs,

Il y a deux façons de comprendre la tâche de votre secrétaire chargé de faire un rapport sur les ac-

les du syndicat, pendant l'année qui vient de finir.

Résumer en quelques pages les comptes rendus des séances serait chose extrêmement facile, mais peut-être peu profitable.

J'ai préféré adopter une autre manière, et employer les instants que vous voulez bien m'accorder, à déterminer le point où est arrivé le syndicat dans la voie qu'il est appelé à parcourir.

Et d'abord je vous dirai que tous les ans nous pouvons constater l'augmentation du nombre de nos adhérents ; presque à chaque séance nous souhaitons la bienvenue à quelque nouveau membre ; c'est ainsi qu'en 1887 nous avons inscrit sur nos listes quatre confrères, MM. Jaulin, de Ronziers ; Mourruan, de Prenilly ; Toffier, de Vouvray, et Foucher, de Chinon.

Nous devons nous réjouir de cette progression, car plus nous devenons nombreux, plus notre force, plus notre influence augmentent. Notre syndicat est certainement l'un de ceux qui comptent le plus d'adhérents, et c'est le plus nombreux parmi les syndicats faisant partie de l'Union.

L'année qui commence ne le cédera en rien aux précédentes au point de vue qui nous occupe : dès cette première séance, nous avons 9 nouvelles recrues.

Je parlais tout à l'heure de notre influence destinée à devenir fort grande. Dès maintenant nos décisions pèsent d'un certain poids dans la balance : c'est sur notre demande que le Conseil général a retiré les gendarmes de la médecine gratuite; et vous savez que les confrères recommandés par vous pour la commission de revision des mémoires des indigents sont toujours élus ; et que les décisions de cette commission — véritable émanation du syndicat — sont inévitables.

Vous vous étiez occupés, en 1886, de la question des nourrissons ; vous aviez trouvé que certaines circonscriptions étaient beaucoup trop étendues ; et que l'inspection, en dehors de la clientèle, pouvait nuire aux bons rapports de confraternité entre médecins voisins. L'inspecteur des enfants assistés n'avait pas paru très favorable aux changements proposés par votre Bureau ; mais il a depuis modifié sa manière de voir, et, se servant des notes que nous lui avions remises, a commencé le dédoublement demandé. Il est à croire qu'il continuera et que prochainement la question des circonscriptions sera résolue à notre avantage.

Vous vous rappelez que l'année dernière nous nous étions adressés à l'archevêque de Tours pour lui demander le moyen de faire cesser l'exercice de la médecine par les religieuses.

Nos confrères de la Vienne ont suivi notre exemple, et vous me permettrez de vous lire la lettre qui m'a été adressée par le secrétaire du Syndicat de Poitiers.

Mon cher Confrère,

Les démarches qui devaient être faites auprès de l'évêque n'ont commencé qu'aujourd'hui ; voici à peu près le résultat de notre entrevue.

L'évêque de Poitiers a écouté avec beaucoup d'attention nos doléances qui portaient sur les points suivants :

1° Dans de nombreuses communes, les sœurs vendent des médicaments ;

2° Elles traitent les malades ;

3° Souvent, elles ne font prévenir le médecin qu'à la dernière extrémité, c'est-à-dire quand le malade va succomber.

4° Dans certaines communes, leur rôle est tellement actif, qu'elles sont obligées d'avoir un équipage, modeste il est vrai, consistant le plus souvent en un âne et une charrette, peu anglaise. Plusieurs faits de cet ordre avaient été revélés.

Il nous a été répondu : que la coutume du diocèse interdit aux prêtres l'exercice de la médecine, et qu'à plus forte raison, les religieuses ne doivent pas s'y livrer.

Mgr a dû intervenir énergiquement pour faire cesser l'exercice de la médecine à certains prêtres.

En terminant, l'évêque nous a invités à lui transmettre, par écrit, l'objet de notre plainte, nous assurant qu'il y ferait droit et s'efforcerait de faire cesser une situation nuisible à nos intérêts et susceptible de compromettre la religion.

Nous avons reconnu que, dans certaines circonstances, les premiers soins donnés par une religieuse, comme par toute autre personne, pouvaient être utiles au malade, et Monseigneur a déclaré que leur intervention devait se borner à cela ; le malade devant être confié, aussitôt que possible, aux soins d'un médecin.

Telles sont, mon cher Confrère, les idées qui ont été échangées. J'espère en être le rapporteur fidèle.

Bien à vous,

PION.

(A suivre.)

NOUVELLES

Mardi 15, à l'Eglise de Saint-Merry, on célébrait le mariage de notre distingué collaborateur M. le Dr Gabriel Lepage avec Mlle Peyron, la fille du directeur de l'Assistance publique. L'assemblée était on ne peut plus brillante ; nombre de professeurs de la Faculté, les maîtres de M. Lepage ; une foule de camarades d'internat et tout un cortège d'amis, étaient venus apporter leurs félicitations à la charmante mariée et à notre ami.

De son côté, M. Peyron recevait les congratulations du préfet de la Seine et des notabilités municipales et politiques.

Nos confrères se joindront à nous pour souhaiter à monsieur et à madame Lepage toutes les prospérités.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret de faire part à nos lecteurs du décès du Dr Charles Donnezan (de Perpignan), membre du Concours médical.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU CONCOURS MÉDICAL

M. le Docteur *Harmand*, à Monthureux-sur-Saône (Vosges), présenté par le Directeur.

M. le Docteur *Monclier*, à la Font-Brisson (Charente), présenté par le Dr Brousse, de Saint-Estèphe (Gironde).

Le Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André, 3

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE

La méco-narcéine

Ce nouveau médicament, que préconise M. Laborde, paraît à M. *Constantin Paul* d'une composition encore trop mal définie pour qu'on puisse se risquer à le donner aux malades. La narcéine y est associée à d'autres substances indéterminées et dans des proportions inconnues. La méco-narcéine doit rester jusqu'à nouvel ordre un produit de laboratoire. Un kilogramme d'opium contient 1000 centigrammes de morphine et quelques centigrammes de narcéine seulement ; si l'usage de la narcéine se généralisait, elle coûterait énormément cher et il deviendrait même bien difficile de s'en procurer.

De la dilatation de l'estomac dans ses rapports avec les affections chirurgicales.

Lorsque M. Bouchard a attiré l'attention sur la fréquence et les conséquences de la dilatation de l'estomac, lorsqu'après lui nous nous sommes efforcés de convaincre les praticiens de l'importance de cette découverte — et il n'y a pas trois ans de cela — la résistance fut vive et les critiques ne nous furent pas épargnées.

Voici que les résistances médicales paraissent se faire plus rares, et même il nous vient des alliés du monde chirurgical, car M. le Dr *Bazy* vient de communiquer la note suivante à l'Academie des Sciences :

« La dilatation de l'estomac peut coïncider avec certains états pathologiques antérieurs ou postérieurs à l'intervention chirurgicale. Certains faits paraissent démontrer qu'il y a parfois plus qu'une coïncidence, c'est-à-dire une relation. Cette conception, au demeurant, ne serait pas moins acceptable que celle qui établit des relations entre certaines lésions chirurgicales et le diabète, le paludisme, les affections des reins et du foie.

La dilatation de l'estomac crée un milieu favorable à la culture des micro-organismes infectieux. Elle me paraît être une condition de malignité pour certaines maladies et doit être recherchée dans tous les cas où l'on observe des phénomènes septicémiques. Elle intéresse le chirurgien au même titre que le médecin ; elle doit être recherchée toutes les fois que l'on est appelé à pratiquer une opération chirurgicale et il est nécessaire qu'elle soit traitée préalablement, afin de se placer dans les meilleures conditions possibles, à moins que l'opération n'ait un caractère absolu d'urgence.

Dans tous les cas, une coïncidence semblable devra éveiller l'attention du chirurgien et le mettre en garde contre l'éventualité d'accidents plus ou moins graves ; de plus, elle nous impose la nécessité de faire en même temps l'antisepsie gastro-intestinale.»

Traitement de la diphthérie par le borax à l'intérieur.

M. le Dr L. *Noël*, de Noyers-Saint-Martin (Oise), fait connaître un traitement de la diphthérie qui lui inspire une confiance absolue et qui lui a donné les plus beaux succès depuis quatre ans qu'il l'expérimente.

« Ne considérant pas la diphthérie, dit notre confrère, comme une maladie locale dont la fausse membrane serait l'élément constituant, mais comme une maladie générale infectieuse, je voulais un médicament qui pût être versé dans le torrent circulatoire en quantité notable pour y poursuivre le poison dans l'organisme tout entier, et non un modificateur local que je regardais comme tout à fait

insuffisant et inefficace. » M. Noël a choisi parmi les antiseptiques le borax comme ayant l'avantage sur les autres, « qui tous sont de violents poisons même à petites doses, de pouvoir être administré à doses élevées sans dangers sérieux pour les malades ».

Dans une épidémie de diphthérie, M. Noël « n'ayant donné à tous ses malades pour tout traitement absolument que du borax et rien que du borax, » n'a eu que deux ou trois décès sur plus de 60 cas.

M. Noël dit que ce corps agit en développant rapidement une abondante salivation ; en s'éliminant par les glandes mucipares de la gorge et les glandes salivaires, il ramollit, dissout et entraîne les fausses membranes.

La dose est de 0 gr. 50 à 1 gr. au-dessous d'un an ou de 1 gr. à 1 gr. 50 de 2 à 5 ans, de 2 gr. de 5 à 10 ans, de 3, 4, 5 gr. pour les adultes, suivant la force du malade et la gravité du mal. M. Noël a été quelquefois jusqu'à 12 et 15 gr., mais n'a rien obtenu de plus qu'avec 4 ou 5 ; aussi s'est-il arrêté désormais à cette dose : il faut fractionner les doses d'heure en heure, excepté pendant le sommeil.

Il faut varier les substances dans lesquelles on le fait prendre pour éviter le dégoût aux malades ; car la médication doit être prolongée à doses décroissantes, après que toute production pseudo-membraneuse a disparu, et M. Noël a dû l'administrer pendant un mois et six semaines dans des cas de diphthérie prolongée.

L'auteur proscrit absolument toute intervention locale, cautérisation, raclage et insufflation de poudres, il défend aussi les vomitifs.

Diphthéries graves à marche rapide et insolite.

M. *Féréol* est consulté le 6 avril pour une femme d'une cinquantaine d'années qui avait été prise l'avant-veille au soir de frissons, malaise, elle présentait seulement un peu de rougeur du pilier antérieur droit et une petite plaque grisâtre sur l'amygdale, qui n'était pas tuméfiée. M. Féréol crut pouvoir porter un pronostic bénin.

Le lendemain, la malade était aphone ; il existait un peu d'engorgement ganglionnaire et l'état général était mauvais, la fièvre plus intense. M. Ruault constatait au laryngoscope la présence d'une fausse membrane dans le larynx. La malade éprouvait une vive douleur à la base du cou. Pulvérisations phéniquées ; potion au chlorate de potasse.

Le 8 avril la respiration était embarrassée, la malade toussait, on entendait des râles sibilants dans les bronches, du souffle bronchique, mais pas de souffle tubaire. Il existait une douleur rétro-sternale. Pas d'albuminurie, mais glycosurie notable, abattement extrême.

Le 9, la douleur derrière le sternum n'existe plus, mais on constate des points très douloureux au niveau de la base du thorax.

La malade succombe dans le coma le 10 au matin, c'est-à-dire quatre jours après le début.

M. Féréol n'a pas fait l'autopsie, mais croit pouvoir admettre, d'après la marche clinique, que la propagation de la diphthérie s'est faite de l'amygdale au larynx, à la trachée et aux bronches successivement, sans que le parenchyme pulmonaire ait été touché, puisqu'il n'y a pas eu de souffle tubaire. Il insiste sur la rapidité extrême de cette marche que la glycosurie antérieure de la malade a dû favoriser.

FEUILLETON

Les mouches parasites de l'homme. Le myiasis.

(Suite et fin.)

Les larves étudiées et élevées par le Dr Laboulbène ont donné par éclosion des mouches qui ne sont autres que des sarcophila magnifica.

Au reste, la sarcophila magnifica n'attaque pas que l'homme ; Mégnin en a recueilli des larves non seulement dans les plaies des animaux domestiques, mais encore dans les creux ou les plis où s'accumule de la matière sébacée, tels que la fourchette ou les plis du paturon, le fourreau du cheval, et elles finissent par y provoquer des ulcérations et des perforations.

Mais c'est en Russie que ces mouches acquièrent une sérieuse importance tant par les accidents qu'elles provoquent chez les bestiaux que par leurs attaques sur les hommes. Un savant distingué, M. Portchinsky, a étudié les dégâts causés par la *sarcophila Wohlfarti*, mouche qui est certainement la même que celle signalée au siècle dernier par Wohlfart et décrite par Schiner sous le nom de *sarcophila magnifica*.

Le gouvernement de Mohilew semble particulièrement privilégié sous ce rapport ; il est, paraît-il, peu d'habitants qui n'aient pas eu à souffrir des attaques de ces vers, et ce qu'il y a de plus remarquable, c'est que la mouche elle-même est rare. « La sarcophila wohlfarti a une influence... grande sur la santé de la population humaine du gouvernement de Mohilew ; car, d'après les observations d'un grand nombre de médecins de la ville et surtout des districts ruraux, la présence de la larve chez des enfants de moins de treize ans est fréquemment observée. Ces larves vivent dans les oreilles, dans le nez et même dans le palais, et produisent des douleurs quelquefois si considérables que les malades perdent les sens. De fortes hémorrhagies par le nez ou par les oreilles surviennent, qui affaiblissent extraordinairement les enfants qui les portent et qui sont par suite très pâles et amaigris, les traits du visage tirés, et ils restent même dans cet état encore pendant longtemps après la disparition des larves. Les désordres produits par ces larves sont quelquefois considérables.

« Développées dans l'oreille, elles dévorent les parties molles du conduit auriculaire, et il n'est pas rare de les voir traverser le tympan, d'où une surdité soit passagère, soit durable ; pondues dans les yeux, elles peuvent amener la perte complète de la vue.

« Dans le gouvernement de Mohilew, et particu-

Il rapproche de la précédente observation celle d'un homme qui avait subi l'énucléation d'un œil et chez lequel survint une amygdalite en apparence légère. Il succombait vers le cinquième ou sixième jour d'une broncho-pneumonie dont la nature diphthéritique était attestée par le rejet d'abondantes fausses membranes, et la propagation de l'exsudat au larynx ne parut se faire qu'après l'envahissement des bronches, car l'aphonie ne survint que vers la fin de la maladie.

M. *Rendu* pense que dans le premier cas de M. Féréol la broncho-pneumonie infectieuse à laquelle a succombé la malade pouvait très bien ne pas s'accompagner de fausses membranes dans les bronches. Il a lui-même observé une jeune fille qui, après avoir eu une angine pseudo-membraneuse, succomba rapidement à des accidents laryngés et broncho-pulmonaires, sans avoir jamais expectoré de fausses membranes.

M. *Cadet de Gassicourt* ne connaît pas de signe qui permette de diagnostiquer la nature pseudo-membraneuse d'une bronchite en l'absence d'expectoration de fausses membranes. Il observe en ce moment une petite fille chez laquelle la marche des accidents a été ascendante en ce sens qu'après une angine diphthéritique bénigne, elle a été prise d'une broncho-pneumonie gauche ; ultérieurement le croup s'est développé et des fausses membranes ont été rejetées par le nez.

Aortite guérie par l'iodure de potassium. — Syndrôme de Basedow (sans goître) attribué à l'usage de ce médicament.

M. *Rendu* relate l'observation d'une femme de 28 ans, fille d'un père goutteux, d'une mère arthritique et nerveuse. A dix-huit ans elle est atteinte d'une chlorose à la suite de chagrins. Mariée depuis, elle a eu deux enfants et se portait bien, sauf des retours de chlorose à chaque printemps, facilement amendés par le traitement.

Au printemps de 1887, cette dame accuse, outre de l'essoufflement et des palpitations, des douleurs précordiales s'irradiant vers l'épaule gauche. M. Rendu constate à la base de la région cardiaque un double bruit de souffle, sans battements des artères. Les accès angineux se répétant plusieurs jours de suite, on applique un vésicatoire et on prescrit 2 grammes d'iodure de potassium par jour; l'usage de ce médicament fut continué régulièrement pendant deux mois. La respiration redevint facile; les souffles cardiaques disparurent, l'aortite avait donc guéri, et il y avait lieu de se féliciter de ce résultat lorsqu'on constata, au fur et à mesure que l'aortite disparaissait, divers symptômes nerveux : céphalée, sensations de chaleur pendant l'hiver, insomnie, irascibilité insolite, besoin incessant d'activité ; maintenant il s'y est joint de l'exophthalmie, une augmentation de la fréquence des battements du cœur, une exagération de la tension artérielle, — en somme le tableau clinique de la maladie de Basedow, sauf le gonflement de la glande thyroïde.

M. Rendu conclut de cette observation : 1° que l'iodure de potassium s'est affirmé une fois de plus comme efficace contre les affections aortiques, mais qu'il doit être manié avec prudence ; car le développement du syndrôme de Basedow lui paraît dans ce cas imputable, dans une certaine mesure au moins, à l'iodure de potassium.

M. *Féréol* ne se déclare pas convaincu de l'in-

lièrement dans les districts de Mohilew, de Orscha et de Gorki. on trouve à peine quelques villages où le *myiasis* soit inconnu aux paysans ; plusieurs familles me sont connues dont les membres ont été gravement atteints de cette maladie, et ce sont particulièrement les domestiques, en général de race hébraïque, qui sont le plus exposés aux atteintes de cette mouche, par suite de l'habitude qu'ils ont de dormir dans les champs pendant le jour.

« En France, si on n'a jamais constaté la présence de la larve de la sarcophila wohlfarti dans les plaies de l'homme, cela tient probablement à ce que les larves que l'on a trouvées dans un assez grand nombre de circonstances ont été regardées comme appartenant aux mouches qui pondent habituellement sur la viande ou dans les cadavres d'animaux, à savoir ; la *sarcophaga carnaria*, la *lucilia cœsar* et la *calliphora vomitoria ;* les larves de ces mouches ressemblent en effet tellement à celles de la *sarcophila,* qu'il n'y a qu'un moyen de les distinguer ; c'est d'obtenir l'insecte parfait par la transformation de ces larves ; comme cette expérience a été bien rarement faite ; il y a lieu de croire que l'immense majorité des cas de *myiasis cutané* attribués aux larves des mouches en question, doivent être mis sur le compte de la *sarcophila Wohlfarti,* car cette mouche existe en France aussi bien qu'en Russie, et elle a les mêmes mœurs. » (Mégnin.)

D'autres cas de myiasis dus à la même mouche ont été observés par les Drs Sigismund, Kirschmann chez une jeune paysanne ; Frantzius de Saint-José de Costarica, chez un malade atteint d'ozène ; Wilhem Thomas chez une vieille femme ; par Gerstœcker dans les fosses nasales d'un homme, etc.

Mais c'est dans les régions tropicales, notamment dans le sud et le centre de l'Amérique, que les mouches parasites de l'homme paraissent être les plus nombreuses et causer les accidents les plus graves. Ainsi au Mexique, Vorcammer, médecin militaire de l'armée belge, a observé un soldat chez lequel des larves de mouches avaient rongé complètement la glotte, déchiqueté les piliers et le voile du palais, ces dernières parties étaient échancrées comme si on les avait découpées avec un emporte-pièce. (Van Beneden.) Le malheureux avait craché plus de deux cents larves. La mouche qui produit ces désordres appartient au genre *campsomya* voisin des lucilies ou mouches dorées de la viande ; c'est la *campsomya macellaria* ou *anthropophaga*, appelée aussi par Coquerel *hominivora*. Les Américains nomment les larves de ces mouches vers-vis (Screw-Worms) à cause des replis de leurs anneaux ressemblant à un pas de vis. On a cité des cas remarquables de myiasis produits par les campsomyes ; nous en donnons un observé en 1883 par le Dr Brilton, du Kansas.

Le docteur fut appelé par un malade souffrant

fluence de l'iodure sur l'apparition de la maladie de Basedow ; cette jeune femme avait éprouvé de vifs chagrins et on sait que les émotions et les contrariétés jouent souvent un rôle dans l'étiologie de cette maladie.

M. *Rendu* allègue que les chagrins remontent à dix ans, et que la malade n'avait plus donné depuis de signes de nervosisme, et que, d'autre part, les accidents de Basedow se sont manifestés progressivement au fur et à mesure de la continuation du traitement ioduré.

MÉDECINE PRATIQUE

Diagnostic étiologique et traitements de l'incontinence nocturne d'urine.

J'ai été consulté récemment pour deux cas d'incontinence nocturne d'urine de causes différentes. Dans l'un des deux il s'agissait d'un enfant de sept ans qui n'était atteint d'incontinence que d'une façon intermittente, et seulement depuis quelques mois ; ce qui inquiétait, c'est que l'accident devenait de plus en plus fréquent. Après avoir examiné méthodiquement les organes génitaux et abdominaux, le système nerveux, n'ayant rien trouvé qui expliquât l'incontinence, je fis un interrogatoire minutieux sur les habitudes de l'enfant et je ne tardai pas à avoir l'explication. Depuis quelques mois, l'enfant avait peu à peu pris une habitude à laquelle les parents n'avaient pas vu d'inconvénient, celle de boire après le dîner; dans le courant de la soirée, ou en se mettant au lit d'abord un verre, puis progressivement deux de boisson ; c'était d'abord de l'eau sucrée, puis dans les derniers temps ce fut du thé parce que les parents en prenaient eux-mêmes. Le petit garçon a d'ailleurs le sommeil très profond comme la plupart des enfants et son système nerveux n'était pas assez tôt averti de la distension vésicale. Le traitement fut aussi simple que fructueux, il suffit de supprimer toute boisson après dîner et d'en restreindre l'usage pendant le dîner pour que l'enfant ne pissât plus au lit. Je poussai l'enquête plus loin et voulus savoir pourquoi cette habitude de boire dans la soirée avait été prise ; je m'assurai vite que la soif progressivement plus impérieuse qui avait conduit l'enfant à prendre cette habitude tenait à un état dyspeptique développé insidieusement et lié à une hygiène alimentaire défectueuse, surtout au repas du soir, celui que les enfants devraient faire le plus léger et qui dans cette famille était au contraire le plus copieux pour tout le monde. Je pus obtenir qu'on fît manger l'enfant à part et avant les autres membres de la famille. Je fixai la quantité et la nature de ses aliments. La soif et la dyspepsie diminuèrent parallèlement et disparurent assez vite.

Le second enfant qui ait fixé récemment mon attention sur cette question si délicate du diagnostic étiologique et du traitement de l'incontinence d'urine, était âgé d'environ quatre ans ; l'examen des organes génitaux me fit constater de suite une malformation dont l'importance est trop souvent méconnue, c'est-à-dire, un phimosis très accentué, le prépuce était démesurément long et son orifice extrêmement étroit ; il existait un état d'irritation chronique de la muqueuse au niveau de cet orifice, elle était rouge, épaissie, un peu fissurée. Je soignai d'abord pendant quelques jours la posthite, et conseillai la circoncision, qui fut suivie d'un résultat excellent. L'incontinence a disparu.

---

depuis longtemps d'un grave catarrhe nasal et qui s'était plaint d'abord de douleurs dans la région du nez et des orbites, d'éternuements violents, puis d'élancements aigus dans la région gauche du front. L'écoulement du nez, purulent et fétide, était sanguinolent et très abondant ; une toux opiniâtre fatiguait le malade et la fièvre augmentait accompagnée de délire. Le malade expectorait des matières purulentes renfermant de minuscules eschares de nature osseuse, tout indiquait la destruction de l'os hyoïde et du voile du palais, la phonation était presque impossible. Arrivé à ce degré, le patient laissa tomber de son nez un ver, et bientôt il en sortit plusieurs autres par la même voie ou par la bouche. « Je fis tous mes efforts, dit le Dr Brilton, pour arriver à les découvrir sous les tissus, mais les parties molles du palais, étaient détruites sur une grande étendue et le voile du palais visiblement abaissé, c'était avec beaucoup de difficultés qu'on pouvait en faire l'examen. Les vers évidemment fouillaient sous la peau du palais, qui présentait l'aspect d'un rayon de miel et par place des morceaux totalement détruits de la grandeur d'une pièce de cinquante centimes.

« Ils continuèrent à tomber de la bouche et du nez, chassés par les narines, par des efforts du malade, pendant les quarante-huit heures suivantes, durant lesquelles nous en comptâmes 227 et estimâmes à plus de 300 le nombre total. A ce moment tout le voile du palais était détruit. Le malade vécut quatre jours après la sortie des derniers vers.

« Je mis cinq de ces vers dans de la terre sèche, et quatorze jours après être tombés des narines, trois mouches sont écloses.

« Par un examen très minutieux fait avec soin après la mort, je fus étonné de trouver que tout le tissu couvrant les vertèbres cervicales aussi profondément que je pus voir en renversant la tête en arrière et en comprimant la langue, était entièrement détruit et les vertèbres à découvert. Les os du palais cassaient à la plus légère pression du doigt. L'os hyoïde était détruit et les os du nez détachés retenus en position seulement par la peau externe. »

En Afrique, au Sénégal, l'homme et les animaux sont également attaqués par des larves de mouche appelées *vers du Cayor*. Leur présence sous la peau détermine des abcès semblables à des furoncles et dont chacun renferme une de ces larves. Un chien mort de ce myiasis était couvert par plus de trois cents furoncles (Bérenger-Féraud); la mouche a été décrite par Blanchard sous le nom *d'Ochromyia anthropophaga*.

Dans ces dernières années on a fait des observations intéressantes sur des cas de myiasis chez les batraciens ; c'est ainsi qu'on a rencontré des crapauds à moitié dévorés vivants par des larves de

A l'occasion de ces deux cas j'ai relu outre le chapitre relatif à l'incontinence nocturne dans les leçons cliniques de nos maîtres et dans les traités de pathologie français et étrangers les plus estimés, j'ai lu, dis-je, avec fruit un travail publié en 1886 par M. H. Picard (1). Notre confrère a clairement résumé la question au point de vue du mécanisme physiologique, l'opposition entre l'action contractile de la vessie et la résistance du sphincter vésico-uréthral. « La tonicité des fibres musculaires lisses du sphincter vésical et de l'orbiculaire uréthral suffisent à maintenir l'urine dans la vessie, quand le besoin n'est pas pressant. Si celui-ci s'accentue et que nous voulions y résister, la contraction des muscles de Guthrie et de Wilson qui sanglent la partie profonde de l'urèthre, vient, sous l'influence de la volonté, renforcer les muscles involontaires. Si peu que l'équilibre soit rompu entre ces deux forces, l'uréthrale qui retient l'urine et la vésicale qui l'expulse, la première devenant trop faible ou la seconde trop forte, il y a incontinence; or, chez le petit enfant jusqu'à 15 ou 18 mois, cet équilibre est absent, la contractilité de la vessie étant très énergique, alors que celle des sphincters uréthro-vésicaux n'existe pas, les fibres involontaires étant trop faibles et la volonté non encore exercée à faire contracter les muscles volontaires. Aussi dans la première enfance l'incontinence est-elle normale et diurne aussi bien que nocturne. Quand l'incontinence se prolonge au-delà de 2 ans 1/2 à 3 ans, elle est anormale, et chez un enfant de 4 ans elle est déjà une infirmité. Seulement, elle cesse ordinairement alors d'être diurne pour rester uniquement nocturne.

(1) De l'incontinence nocturne d'urine essentielle. *Progès médical*, 1886.

Dans une autre catégorie assez fréquente, il faut ranger les enfants, qui ayant été propres à partir de trois ou quatre ans, recommencent à pisser au lit vers sept ou huit ans.

Il me semble que pour faire aussi rapidement que possible le DIAGNOSTIC de la cause de l'incontinence, la marche à suivre est la suivante :

Faire déshabiller l'enfant, examiner la conformation de la verge ou l'aspect de la vulve : le *phimosis* et la *posthite*, la *vulvite* doivent être notés soigneusement, car en l'absence d'autres causes, c'est eux qu'il y aura lieu d'incriminer ; percuter la vessie après s'être informé depuis combien de temps l'enfant a uriné.

Faire uriner devant soi et analyser soi-même l'urine aux points de vue suivants : sa réaction et sa densité : « Une urine trop dense et acide excite la contractilité vésicale et rend les envies d'uriner plus pressantes. Les urines trop chargées d'*urates* ou de *phosphates*, ordinairement limpides au moment de l'émission, se troublent et s'épaississent au fur et à mesure du refroidissement et laissent un abondant dépôt Il suffit de chauffer l'urine pour que le précipité se dissolve et que l'urine s'éclaircisse.

Rechercher le sucre et l'albumine, « car on connaît des cas de *diabète sucré* ou de *néphrite chronique* qui se sont manifestés d'abord par une incontinence nocturne d'urine. » (Henoch).

S'informer si l'enfant n'a pas d'*oxyures vermiculaires* qu'on peut voir la nuit sortir du rectum pour se promener sur les organes génitaux (auquel cas quelques lavements de glycérine presque pure en auront bientôt débarrassé le rectum).

S'inquiéter de la possibilité de *lithiase vésicale*, et, s'il y a soupçon, ne pas craindre d'explorer la ves-

---

mouches, (*lucilia bufonivora*) La moitié de la face, les yeux, les parties molles de la bouche étaient rongés par ces larves (Taton, Moniez, Collin de Plancy).

« Les larves de plusieurs espèces *d'anthomyia* peuvent causer des cas de myasis humain. Elles ont été extraites d'oreilles très malpropres, et dans des cas bien plus singuliers, mais d'une authenticité certaine, ont été rendues dans des vomissements ou dans les selles de sujets humains malades d'affections gastro-intestinales. Le docteur Al. Laboulbène a pu dans un cas élever des larves recueillies et obtenir des adultes. Il semble bien probable que les insectes ont pénétré dans l'estomac à l'état d'œufs, puis les larves, après éclosion, dans l'intestin, où elles ont vécu des matières ingérées et des excréments. » (M. Girard). On a également cité, comme pouvant vivre dans l'intestin de l'homme, la larve de la mouche brune si commune dans les urinoirs (*teichomyza fusca*), mais le cas est resté douteux.

Un autre groupe de mouches, celui des œstrides, nous présente toute une série de formes dont les larves vivent en parasites soit dans les cavités viscérales, sous la peau de divers mammifères et même de l'homme. Ainsi, dans la Nouvelle-Grenade, la *cuterebra noxialis* attaque indifféremment hommes et bêtes, ces larves vivent dans des tumeurs que leur présence développe sur la peau du ventre. Une espèce de l'Europe centrale, l'hypoderme du bœuf (*hypoderma bovis*) aurait aussi été observée sur l'homme dans la région maxillaire, les sinus frontaux, le front, l'oreille.

Les cutérèbres américaines sont encore mal connues, on sait seulement que leurs larves se rencontrent parfois sur l'homme, sous la peau de toutes les régions du corps, mais notamment au ventre, aux lombes, sous le cuir chevelu, dans le scrotum. Déjà au siècle dernier (1753) le médecin Arture signalait les vers macaques de Cayenne dont on se débarrassait au moyen de cataplasmes de tabac. J. Goudot assure avoir gardé une de ces larves pendant quinze jours sur sa cuisse. Coquerel et Sallé ont cité une œstride du Mexique, la *dermatobia hominis* dont les larves attaquant l'homme sont connues sous le nom de *vers moyocuil*. Mais l'on peut dire d'une manière générale qu'il n'y a pas d'espèce d'œstride propre à l'homme, les larves observées sur lui en diverses régions sont celles de différentes espèces vivant sur les mammifères et s'établissant par hasard sur nous. De même les poux d'oiseaux, notamment ceux des poules, passent facilement sur les femmes qui plument la volaille, mais ne s'y établissent jamais définitivement.

Maurice MAINDRON.

sie, le cathétérisme ferait constater un rétrécissement de l'urèthre s'il en existait un. L'examen de l'urine aura lieu au point de vue de la présence de mucus, de cellules épithéliales et de leucocytes décelant l'existence d'une *inflammation profonde de l'urèthre* ou d'une *cystite*.

S'enquérir s'il y a *constipation* habituelle et intense, douleur en allant à la garde-robe, selles de temps en temps sanguinolentes, car une *fissure du rectum* est un point de départ possible de réflexes vésicaux.

Ne pas négliger l'examen du système nerveux (cerveau et moelle) : Henoch cite le cas d'un enfant de 13 ans qui devait une incontinence d'urine et de matières à un ancien spina bifida guéri. Cet éminent clinicien considère l'incontinence par atonie comme très-rare, ce qui, d'après lui, explique le peu de succès des traitements basés sur les toniques et les médicaments convulsivants de la fibre lisse.

Quand on a recherché sans succès toutes les causes organiques imaginables d'incontinence, et c'est fréquent malheureusement, il faut bien se rabattre sur ce diagnostic d'incontinence nocturne essentielle, et alors essayer en tâtonnant toute la série des médications.

II

Notre confrère M. H. Picard énumère, dans le travail auquel nous faisions tout à l'heure allusion, les moyens les plus usités.

« *On oppose* à l'incontinence nocturne d'urine deux médicaments principaux : *la belladone*, quand elle résulte d'une contraction exagérée de la vessie ; la *noix vomique*, quand elle provient de la faiblesse des muscles périuréthraux.

Les règles d'administration de la belladone ont été posées par Trousseau. Ce médecin commençait par donner une pilule de 1 centigramme d'extrait de belladone le soir, au moment du coucher, pendant plusieurs jours ; puis, sans se laisser arrêter par la cessation ou la persistance de la maladie, il augmentait progressivement les doses du médicament, qu'il poussait jusqu'à 6, 7, 8, 9, 10 et même 15, 20 centigrammes, et cela, pendant un mois ou deux, quand bien même la guérison était obtenue et si cependant il n'y avait pas intolérance. Trousseau a quelquefois remplacé l'extrait de belladone par l'alcaloïde de cette plante, l'*atropine*, médicament dangereux qu'il donnait en sirop, et qu'il vaut mieux laisser de côté.

Si les pilules de belladone ne pouvaient être avalées, on les remplacerait avantageusement par le sirop suivant, dont la formule est due à Jules Simon : sirop de belladone et sirop de tolu, 60 grammes de chaque. A un enfant de 4 ans, l'habile médecin que nous venons de nommer en donne 2 cuillerées à café, une le matin et une le soir.

La belladone agit en produisant la diminution de la sensibilité, la paresse du mouvement, la résolution musculaire et le ralentissement de la sécrétion urinaire, double action qui concourt à la guérison.

Malheureusement, la belladone n'étant pas toujours supportée, parce qu'elle provoque une sorte d'ivresse, de l'insomnie et de la congestion de la face et des yeux, on est forcé de la remplacer. On peut alors avoir recours au bromure de potassium, qu'on administre en solution, en sirop ou en poudre. Etant admis qu'une cuillerée d'eau pèse 15 grammes et une cuillerée de sirop 20 grammes, on compose la solution ou le sirop de telle sorte qu'une cuillerée de l'une ou de l'autre renferme 25 centigrammes de bromure pour un enfant de 4 ans et 50 centigrammes pour un enfant de 12 ans. On administre une, deux, trois et même quatre cuillerées du médicament, qui n'est, d'ailleurs, pas dangereux, en surveillant l'effet, de manière à ne pas trop déprimer l'individu. Le bromure peut aussi être divisé en paquets qu'on fait dissoudre et prendre dans du bouillon, ce qui constitue un mode facile d'administration.

La noix vomique s'administre, chez les enfants, en sirop contenant en dissolution l'*alcaloïde* de ce médicament sous forme de sel, le *sulfate de strychnine*. On prescrit : sulfate de strychnine, 5 centigrammes, sirop de sucre 100 grammes, qui contiennent *à peu près* 20 cuillerées à café. Il en résulte que chaque cuillerée à café renferme à peu près 2 milligrammes 1/2 ; une cuillerée à dessert, qui en est le double, 5 milligrammes et une cuillerée à bouche 1 centigramme de sulfate de strychnine, puisqu'elle contient quatre cuillerées à café ou deux cuillerées à dessert.

Chez les enfants de 5 à 10 ans, on commence, le premier jour, par administrer deux cuillerées à café, une le matin, une le soir pendant deux jours. Si cette dose est bien supportée, on laisse deux jours de repos et on augmente d'une cuillerée à café, c'est-à-dire qu'on donne trois cuillerées à café pendant encore deux jours ; puis, après un nouveau repos de deux jours, on administre quatre cuillerées à café et, ainsi de suite, jusqu'à six, mais en ayant soin d'espacer exactement les intervalles séparant l'administration des cuillerées.

Cette dose atteinte, on substitue une cuillerée à dessert à une cuillerée à café et, en suivant les mêmes règles, on arrive à six cuillerées à dessert (60 grammes de sirop, 3 centigrammes de sulfate de strychnine). Enfin on remplace une cuillerée à dessert par une cuillerée à bouche, en augmentant de même, de manière à donner : 50, 60, 80, 120 grammes de sirop, c'est-à-dire 3, 4 et jusqu'à 6 centigrammes de sulfate de strychnine.

Au-dessus de 10 ans, on commence par la cuillerée à dessert et on arrive de la même manière jusqu'à 200 grammes de sirop, c'est-à-dire 10 centigrammes de principe actif.

La strychnine a pour propriété d'augmenter les actions réflexes. Celles-ci étant plus vives, les mouvements ou contractions qui en résultent deviennent plus énergiques. Aussi le sujet auquel on administre ce médicament devient-il bien plus sensible aux phénomènes extérieurs qui produisent sur lui une impression des plus vives, surtout si les doses ont été fortes, et longtemps continuées. Dans ces circonstances, il peut se manifester des spas-

mes, des convulsions que le moindre attouchement, le moindre bruit suffisent à provoquer.

Il en résulte que la plus grande attention doit présider à l'administration de la strychnine, qu'on doit interrompre si le malade se plaint d'un peu de raideur dans les mâchoires et les muscles du cou, de mal de tête, de troubles de la vue ou de vertiges.

Il faut encore savoir qu'il y a des susceptibilités particulières pour ce médicament et que certains enfants ne le supportent pas, même à petites doses. On ne doit pas non plus ignorer qu'il a la propriété de *s'accumuler*, c'est-à-dire de ne donner lieu à aucun phénomène pendant les premiers temps de son administration pour se révéler ensuite tout à coup par des manifestations inquiétantes. Aussi faut-il de temps à autre en interrompre l'usage pour lui laisser le temps de s'éliminer.

En somme, le sirop de strychnine, bien qu'il ait été préconisé par Trousseau, qui a tracé les règles, d'ailleurs assez délicates, de son administration, n'est pas un médicament d'une pratique facile. Aussi l'a-t-on justement abandonné pour lui substituer le *seigle ergoté*, qui a, comme la strychnine, la propriété de faire contracter la fibre musculaire. On le donne en poudre, 20 centigrammes matin et soir, délayé dans de l'eau sucrée ou enveloppé dans du pain azyme ou des confitures, pour un enfant de 4 ans, et on augmente les doses avec l'âge ; 25 centigrammes à 5 et 6 ans ; puis 30 et jusqu'à 50 centigrammes, matin et soir, pour un enfant de 14 à 15 ans. Ces doses peuvent être continuées pendant 10 ou 15 jours et reprises, après interruption de quelques jours, et cela pendant un mois, temps au bout duquel le médicament a produit tout son effet.

La poudre de seigle ergoté pourrait être remplacée par l'ergotine en pilules de 10 centigrammes, dont on ferait prendre 2, 3 et même 5 par jour, à intervalles égaux.

Dans certains cas, où l'augmentation de la contractilité vésicale paraît concorder avec une faiblesse des muscles de l'urèthre, on peut très bien associer la strychnine ou mieux le seigle ergoté à la belladone.

M. Picard conseille encore, à propos de l'incontinence par atonie, l'eau de Contrexéville.

Mais, de tous les moyens, le plus employé actuellement et probablement le plus efficace contre l'incontinence par insuffisance des muscles uréthraux, est l'*électricité induite*. Les deux pôles peuvent être appliqués sur la peau, l'un au périnée, l'autre sur le ventre au niveau de la vessie ou dans le rectum. Le docteur Grusse, médecin du lycée de Vanves, a obtenu de nombreux succès par ce moyen. En cas d'échec, on introduit l'un des pôles dans la région membraneuse de l'urèthre, l'autre restant appliqué sur l'hypogastre, le périnée ou dans le rectum. Le pôle introduit dans l'urèthre est terminé par une tige mince et flexible, formée de cinq ou six fils très fins en laiton recouverts d'un tissu en gomme élastique et munie, à l'une de ses extrémités, d'un crochet également en laiton ; à l'autre, d'une olive de même métal et d'un volume proportionné au diamètre du canal. Le pôle qu'on applique à l'extérieur se termine par une plaque de laiton recouverte de peau ou une olive de même métal, si on l'introduit dans le rectum. L'électricité est produite par une petite machine d'induction.

La tige flexible étant accrochée à l'un des pôles et son olive introduite dans la région membraneuse, tandis que la plaque métallique de l'autre pôle est appliquée sur l'hypogastre ou le périnée, ou l'olive introduite dans le rectum, on fait passer le courant pendant deux à cinq minutes et on recommence ainsi tous les jours ou tous les deux jours.

Cette méthode pourra effrayer les enfants et leurs parents, mais à tort ; car elle n'est pas douloureuse. Son effet, quand elle doit guérir, est presque immédiat et, si elle échoue, elle soulage le plus souvent.

Le fer, sous forme de *peptonate*, est un médicament à administrer simultanément au seigle ergoté, à la strychnine, à l'électricité ; car si ces agents tonifient spécialement la fibre musculaire, celui-ci fortifie l'individu tout entier en reconstituant les globules sanguins.

L'*hydrothérapie*, comme le fer, est un tonique puissant, mais qu'on doit administrer avec prudence.

A côté de l'hydrothérapie se placent les bains de mer pour les sujets lymphatiques ou scrofuleux, et les bains sulfureux pour les enfants nerveux.

Si l'incontinence paraissait être le résultat d'une inflammation de la vessie, le meilleur moyen de la faire disparaître serait d'injecter dans cet organe quelques gouttes d'une solution de nitrate d'argent de 1/200 à 1/500.

Les boissons délayantes ou le bicarbonate de soude conviendraient aux urines trop denses ou trop acides.

On devra faire manger le soir les enfants de bonne heure, et les empêcher de boire en trop grande quantité.

On cherchera à se rendre compte exactement de l'heure à laquelle ils font pipi au lit, de manière à les réveiller en temps opportun. Dans le jour même, on aura soin de les faire uriner aux mêmes heures, en espaçant les mictions le plus possible, de manière à habituer la vessie à maintenir l'urine pendant longtemps.

Enfin, si l'enfant urine par paresse, on lui administrera, sans crainte, quoique prudemment, une correction. C'est un moyen des plus efficaces et dont Trousseau cite un exemple probant, celui d'une grande jeune fille à laquelle le fouet appliqué par une mère énergique produisit plus d'effet que tous les médicaments. »

III

On ne peut mieux dire que notre confrère M. Picard ; mais tout cet arsenal n'empêche pas qu'on ne soit souvent fort en peine, après avoir tout essayé, et nous ne pouvons nier que notre très distingué confrère belge, M. le Dr Max, médecin des Enfants assistés, à Bruxelles, n'ait eu parfaitement

raison d'écrire les lignes suivantes en tête d'un travail fort intéressant dans lequel il préconise un nouveau médicament (1) :

« Sans parler des traitements que l'on peut qualifier de spécifiques, comme l'opération de la taille, du phimosis, l'expulsion des parasites, sans oublier les moyens moraux : menaces, châtiments, intimidation ; ni les moyens mécaniques : compression de la verge sur le prépuce avec une pince ou un sphincter en caoutchouc, ligature du prépuce en avant du gland, application du collodion sur l'orifice du prépuce ; sans perdre de vue les conseils de l'hygiéniste, interdisant les boissons le soir, accoutumant la vessie à retenir les urines par empêchement d'uriner dans la journée, éveillant la nuit pour faire uriner en retardant chaque fois l'heure du réveil, nous trouvons encore dans les auteurs une longue série de moyens préconisés contre cette désagréable infirmité : l'eau froide en bains, douches et lotions, les bains de mer, les bains aromatiques, les bains de vin ou d'eau alcoolisée, l'électricité, la cautérisation du méat urinaire ou du col de la vessie, le cathétérisme avec une petite sonde, enduite de teinture de cantharides, pour irriter le col vésical, et cette énumération, déjà longue, n'est que l'entrée en matière d'une liste de médicaments dans laquelle la sagacité du praticien devra tâcher de faire un choix judicieux: bromure de potassium, belladone, chloral, cantharides à l'intérieur, alun, lupulin, suc kino, ergot de seigle, sabine, créosote, eau de chaux, balsamiques, copahu, cubèbe, strychnine, noix vomique, mastic en larmes, amers, toniques, etc. »

Ayant ainsi montré son érudition et prouvé qu'il n'ignore aucun des remèdes essayés jusqu'à ce jour, M. Max nous fait connaître les résultats encourageants qu'il a obtenus par l'emploi d'un médicament nouveau, le *Rhus aromaticus*. Déjà Ellis a relaté dans son *Manuel pratique des maladies de l'enfance* deux observations d'incontinence traitée avec succès par le Rhus aromaticus.

Les Rhus, de la famille des térébenthacées, sont des astringents plus ou moins puissants. Le Rhus aromaticus, cultivé jusqu'à présent seulement pour l'ornementation, a été récemment introduit dans la thérapeutique par les Américains; son écorce est astringente, résineuse et renferme un principe âcre.

M. Max s'est servi pour ses essais d'une teinture préparée par macération de 200 grammes d'écorce dans 1000 grammes d'alcool à 80°. Suivant l'âge des malades, il a prescrit des doses quotidiennes de 20 à 50 gouttes de cette teinture qui a toujours été bien supportée. Sur 11 observations qu'il rapporte, on compte neuf succès, plus ou moins décisifs ; aussi déclare-t-il qu'il faut bien se garder de considérer le rhus aromaticus comme le spécifique de l'incontinence nocturne d'urine essentielle, mais seulement qu'il y a lieu de poursuivre l'enquête sur sa valeur thérapeutique dans cette désagréable infirmité.

(1) *La Clinique*, Moniteur des hôpitaux de Bruxelles, août 1887.

L'enquête a été poursuivie par le Dr Ern. *Burvenich*, médecin de l'orphelinat des garçons à Gand (*Annales de la Société de médecine de Gand*, 1888) ; sur 33 cas, il a obtenu un résultat excellent chez 11 malades, satisfaisant chez 10 autres, peu important chez les 12 autres. Chez presque tous ceux qui ont éprouvé le bon effet du médicament, ce bon effet s'est fait sentir après cinq à six jours ; chez quelques-uns, il a fallu patienter un mois, et à la longue tous sont influencés par le médicament.

Comment agit le rhus aromaticus ? L'interrogatoire des malades, les expériences faites par M. Burvenich sur lui-même montrent que l'usage de cette substance ne produit aucune sensation, aucun phénomène physiologique appréciable. En tenant compte d'un cas où, chez un homme de 79 ans atteint de paralysie incomplète de la vessie sans rétrécissement de l'urèthre ni hypertrophie de la prostate, la teinture de rhus aromaticus à 2 gr. 50 par jour a rendu les mictions beaucoup plus faciles avec un jet assez fort et continu, M. Burvenich se demande si le rhus aromaticus ne constitue pas un tonique puissant dont l'action serait comparable à celle des préparations de noix vomique avec action élective sur la vessie.

P. Le Gendre.

CHIRURGIE DENTAIRE.

Sur l'emploi de la cocaïne en chirurgie dentaire,

Par le Dr Aguilhon de Sarran.

La pratique de la chirurgie dentaire malgré tous les progrès réalisés dans ces dernières années, impose à ceux qui s'en occupent activement la nécessité d'enlever fréquemment des dents ou des racines.

Ces petites opérations sont toujours assez douloureuses, beaucoup moins cependant qu'on ne le croit en général. Mais les patients qui les subissent arrivent en pleine santé, sans être poussés par la nécessité absolue, du moins dans la plupart des cas, et ne se décident pas aisément à en affronter de sang-froid les conséquences douloureuses.

De là des hésitations interminables que toute l'éloquence du dentiste ne parvient pas toujours à vaincre.

Il n'est donc pas étonnant que celui-ci se soit de tout temps livré avec ardeur à la recherche des procédés anesthésiques. Nous en avons la preuve dans la découverte et l'application des propriétés de l'éther, du chloroforme, du protoxyde d'azote, de la cocaïne, sans compter les innombrables mixtures destinées, ainsi que le proclament les prospectus, à rendre agréables les opérations les plus compliquées, le plus souvent sans endormir.

Car si l'on a administré longtemps les anesthésiques qui donnent le sommeil, ce n'a pas été sans avoir sans cesse à l'esprit les conséquences fâcheuses de leur emploi.

Il serait pourtant fort agréable pour chacun de se borner à toucher une muqueuse avec un pinceau pour l'insensibiliser.

Hélas ! ce rêve ne s'est réalisé que pour les ophthalmologistes. Malgré l'ardeur des dentistes à chanter les louanges de la cocaïne pour inspirer quelque

confiance au plus grand nombre de clients possible, ils sont aujourd'hui bien obligés d'en rabattre.

Elle peut néanmoins rendre quelques services, si l'on en fait un emploi judicieux.

Mais, avant d'indiquer le mode d'emploi qui me semble préférable en chirurgie dentaire, je crois qu'il est prudent de dire quelques mots des accidents qu'elle peut occasionner.

Ceux que l'on a cités jusqu'à ce jour sont nombreux et souvent sérieux.

Ne se rappelle-t-on pas, dit le docteur *Baratoux* dans la *Pratique médicale*, le cas de notre confrère de Saint-Pétersbourg, qui s'est suicidé, à la suite d'un empoisonnement produit chez une jeune femme, par l'injection d'un gramme et demi de cocaïne dans le but d'anesthésier la région anale sur laquelle il voulait opérer ?

Non seulement l'ingestion par les voies digestives, et les injections sous-cutanées, mais aussi de simples badigeonnages déterminent des phénomènes toxiques.

C'est le cas du docteur Kennicot badigeonnant les fosses nasales d'un homme de 37 ans pour guérir une attaque de fièvre de foin. Les doses même faibles peuvent produire des effets fâcheux suivant les sujets. Ainsi le docteur Grosholtz cite le cas d'un homme sujet aux syncopes qui vint le consulter pour un corps étranger de la cornée. Une instillation de trois gouttes d'une solution de cocaïne à 4 % sur la conjonctive détermina de la pâleur de la face, de la sueur de la tête et du cou, et enfin une syncope qui dura quelques minutes.

La liste serait longue, si l'on voulait citer toutes les observations.

Elles se terminent d'ailleurs presque toutes par cet exposé des phénomènes toxiques : La peau était chaude, le pouls faible, rapide, les pupilles dilatées, la déglutition difficile, la gorge sèche, la bouche amère. L'état de faiblesse était très grand. Le malade s'assoupit, ses yeux se fermèrent, les muscles de la face se contractèrent, et les extrémités devinrent froides. Au bout d'une heure, ou quelquefois de plusieurs jours, les symptômes se dissipèrent, ou bien il mourut sans avoir repris connaissance.

Ce petit résumé prouve que la cocaïne est un médicament encore assez peu connu dans ses effets, qui sont très variables suivant les individus, et peuvent devenir très dangereux.

Ceci étant posé, voici l'énumération des procédés divers employés pour l'anesthésie par la cocaïne des régions alvéolo-dentaires.

Dans toute avulsion de dents, il est deux temps pendant lesquels la douleur est vive. Le premier est l'application de l'instrument, le second est l'effort nécessaire pour extraire l'organe de l'alvéole. Le premier est, à mon avis, de beaucoup le plus douloureux. En effet, si l'on anesthésie simplement le bord gingival, avec du menthol, de l'acide phénique, par l'application du froid, etc., et surtout si l'on a à sa disposition de bons daviers qui ne délabrent point la gencive et l'alvéole, enfin si l'on fait l'opération lentement et sans violence, le patient intelligent déclare qu'il a réellement très peu souffert. Mais une personne pusillanime souffre beaucoup plus, d'abord de sa propre crainte ; puis parce qu'elle paralyse le sang-froid, la tranquillité de l'opérateur. Si donc l'on parvient à lui persuader qu'il existe un moyen d'opérer sans douleur, et surtout si l'on peut saisir sa dent sans lui faire du mal, on aura déjà obtenu un résultat.

Or, mon expérience me prouve que la cocaïne n'agit guère autrement, et ce qui achève de me convaincre, c'est que je l'ai remplacée quelquefois par des badigeonnages à l'acide phénique, et une petite injection d'eau stérilisée, bien pure, et que les patients se sont montrés très satisfaits du résultat.

Dans ma pratique personnelle, je n'ai obtenu l'anesthésie complète que six fois sur un nombre de tentatives qui dépasse 300, et les observations publiées par d'autres praticiens confirment ce résultat. En voulant forcer la dose, j'ai toujours donné naissance à des accidents nerveux plus ou moins graves.

Pour pratiquer les injections de cocaïne, on doit se préoccuper de deux choses :

1° Le mode de solution. 2° Le procédé opératoire.

1° La solution la plus généralement employée est celle du chlorhydrate.

Elle a l'inconvénient de mal se conserver, et de donner naissance à des petits champignons qui la troublent. Pour éviter cet inconvénient, on a proposé d'y ajouter une petite quantité d'acide phénique ; mais quelques observateurs ont prétendu que la présence du phénol déterminait la formation d'eschares autour des piqûres. Aujourd'hui on préfère préparer la solution séance tenante.

Un autre procédé consiste à employer la cocaïne pure, au lieu de son sel, dissoute dans l'huile de vaseline. Cette solution ne s'altère pas ; elle a de plus, dit-on, l'avantage de s'absorber plus lentement, et de ne pas occasionner d'accidents toxiques. Je ne l'ai pas expérimentée.

Les solutions sont dosées de manière à renfermer 5 à 10 % de sel, et l'on n'injecte guère qu'une demi-seringue de Pravaz, ce qui réduit l'absorption du médicament à *10 milligrammes au plus*.

La solution étant ainsi préparée, on l'introduit dans une seringue de Pravaz bien propre, dont la canule a été au préalable stérilisée, et il ne reste plus qu'à l'injecter.

2° Les opinions varient sur le choix de la place où doit se faire l'injection. Les uns font des piqûres nombreuses sur la gencive tout autour du collet de la dent à enlever. D'autres font une seule piqûre le plus près possible de ce collet. L'examen anatomique de la région, fournit cependant une indication assez nette.

Le liquide étant injecté sous la muqueuse, il est d'abord absorbé par les vaisseaux de celle-ci, et elle se trouve anesthésiée la première. Mais nous n'avons pas de moyen direct de favoriser l'absorption par les vaisseaux qui entourent la racine et pénètrent dans l'alvéole ; et pourtant c'est bien cette région qu'il serait utile de rendre insensible.

On peut cependant espérer qu'il en pénétrera une petite quantité si l'on pratique l'injection de manière à influencer toute la région. Dans ce but j'ai bien réussi en piquant non point la gencive constituée par un gros bourrelet fibreux, difficilement perméable, mais bien la muqueuse lâche située au-dessus d'elle ; et j'injecte le liquide en trois ou quatre points en avant de la dent à enlever, de façon qu'il baigne toute la région lorsqu'il est amené en arrière par les veines de retour.

La petite opération est très simple. On pique obliquement la muqueuse, on injecte quelques gouttes de liquide de manière à former une ampoule de la grosseur d'un pois, et l'on recommence plus loin. Au bout de cinq à six minutes, les ampoules disparaissent et l'anesthésie commence à se produire.

La piqûre est souvent assez douloureuse. On obvie aisément à cet inconvénient, en touchant la muqueuse au point indiqué avec une solution d'acide phénique assez concentrée pour la blanchir. On peut de même badigeonner le collet de la dent à enlever ; ce qui détermine toujours un certain degré d'insensibilité.

Les suites de l'opération, à part les accidents toxiques qui peuvent survenir et que j'ai signalée plus haut, sont très simples. Quelques opérateurs se plaignent d'avoir des eschares consécutives. Pour ma part, je n'en ai jamais eu, et je pense qu'avec une aiguille bien propre, une solution pure, et surtout en évitant des décollements trop étendus, on doit aisément prévenir cet inconvénient.

En résumé :

1° La cocaïne ne peut anesthésier que très rarement, d'une façon complète, la région alvéolo-dentaire.

2° Elle rend des services en anesthésiant la gencive autour du collet de la dent, et permettant ainsi d'appliquer sans douleur les instruments.

3° La dose injectée ne doit jamais dépasser 2 centigrammes de substance active.

4° Les suites de l'opération sont simples toutes les fois que la sensibilité exagérée du sujet ne détermine pas d'accidents toxiques.

Je dois ajouter, en terminant, que lorsque ceux-ci apparaissent, il ne faut pas s'effrayer outre mesure. On doit rassurer le malade en proie à de cruelles angoisses ; car le cœur semble cesser de battre, la vue s'affaiblit jusqu'à la cécité complète pendant quelques instants ; l'inquiétude du patient est donc très vive. On doit faire usage des stimulants, d'alcool et de morphine, comme le prescrit le docteur Michols, pratiquer quelques massages sur les membres, et même des frictions dans les cas où il est de toute nécessité de rétablir le cours normal de la circulation.

5 mai 1888.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

La nouvelle loi militaire.
Prêtres et infirmiers.

Un des paragraphes de la loi militaire en élaboration au Sénat est ainsi conçu : « Les séminaristes, « à l'égal des médecins et des pharmaciens, de« vront, en temps de paix, accomplir une année de « service dans la section des infirmiers. »

Caveant consules ! il y a là pour nous un gros danger. Que les aspirants au sacerdoce, de même que les candidats à certaines carrières libérales ou industrielles, jouissent de la dispense de deux années de service effectif, nous ne récriminons pas. Mais leur ouvrir les portes de l'hôpital, et en faire des infirmiers, c'est compromettre gravement les intérêts du corps médical, c'est commettre une faute politique et créer un danger social.

Les membres de la commission de l'armée ne savent guère comment s'exerce la médecine à la campagne et ignorent de quelle façon s'accomplit le ministère du prêtre dans les communes rurales d'un département. Il faut leur dire que le médecin de campagne se voit à chaque instant contrôlé par le prêtre appelé à visiter un malade. Il est discuté dans ses actes, approuvé ou blâmé selon qu'il a la chance de plaire ou le malheur de déplaire à Monsieur le curé ou à quelqu'un de son entourage ; le diagnostic, la médication sont, de ce fait, l'objet d'une approbation ou de réprobation.

Le paysan malade est un « faible d'esprit ». On lui promet le royaume des cieux, et il accepte les appréciations et les jugements du prêtre avec autant de confiance que ses promesses. Ne donnez pas au prêtre la fausse apparence d'une science acquise au prix d'une année passée dans un hôpital, car il arriverait ceci : Le prêtre se dirait médecin de l'âme et médecin du corps à la fois. Il abordera son malade en praticien consommé, tâtera le pouls, posera son diagnostic qu'il fera suivre d'une ordonnance dont les éléments seront puisés au couvent voisin. Son autorité morale sera rehaussée de notions médicales, et le médecin se verra exclu du lit du malade, parce que, la nature aidant, nombre de maladies guérissent spontanément ; ou, s'il est appelé, ce sera alors que son intervention trop tardive ne pourra plus être d'aucun secours ; il aura le rôle d'achever le moribond.

Cela est vraiment triste. Le médecin de campagne se débat au milieu d'une foule de gens hostiles : pharmaciens de contrebande, bonnes sœurs, bonnes dames, traiteurs, sociétés de secours mutuels et de bienfaisance dont les prétentions à la gratuité vont toujours grandissant. On le paie mal et souvent on ne le paie pas. Et voici qu'il est menacé par un ennemi nouveau d'autant plus dangereux qu'il se cachera sous les apparences d'une prétendue gratuité. A nous médecins, on demande un diplôme coûteux et qui trop souvent reste improductif ; au prêtre infirmier d'un an, vous donnerez un brevet de capacité gratuit, mais fécond : Ceci tuera cela.

Au point de vue politique, les législateurs commettront une faute en votant le paragraphe du projet de loi.— Le médecin, par ses études et par le caractère de son exercice professionnel, est le plus souvent l'appui fervent et dévoué des idées libérales dans les campagnes. On sait, par contre, que le prêtre en est l'adversaire et qu'il lutte contre elles, toujours, partout, jusqu'au lit du malade. Grandir l'autorité médicale du prêtre en lui donnant le prestige d'une pseudo-science, c'est mettre entre ses mains une arme dont il se servira contre nous pour combattre notre légitime influence.

Enfin, la nouvelle clause du projet de loi crée un danger au point de vue social ; car par elle le prêtre se trouve investi du double pouvoir de remettre les fautes spirituelles et de soigner les conséquences de fautes temporelles. Il aura libre accès auprès du malade : et c'est chose dangereuse que cette immixtion dans les secrets du corps après avoir dévoilé les mystères du cœur. L'esprit sera fort, il faut craindre que la chair ne soit faible. Devons-nous citer le fait de ce gendarme qui, autrefois infirmier, usant de ce titre quand son service l'appelait dans une maison, s'approchait des malades, les examinait et qui aujourd'hui est poursuivi pour attentats aux mœurs. Hier la cour d'assises de Vaucluse condamnait pour manœuvres abortives les abbés M. et M. dont l'un passait pour « posséder quelques connaissances médicales ».

Mais si le séminariste n'est pas infirmier, que sera-t-il ? Le service des bureaux convient mieux au caractère du prêtre ; et ce serait faire œuvre utile que de réserver aux instituteurs la mission d'infirmiers.

Pendant son séjour dans les hôpitaux ou

les infirmeries, l'instituteur serait initié aux préceptes de l'hygiène qu'il apprendrait plus tard à ses élèves. A la campagne, il serait l'auxiliaire utile et parfois indispensable du médecin, qui ne trouve pas toujours dans sa pénible tâche le concours de personnes intelligentes et désintéressées. Nous n'aurions pas à redouter sa concurrence, et le courant de libéralisme qui passe dans nos campagnes ne serait pas arrêté, et le danger social que nous signalions n'existerait plus.

La mission spirituelle du prêtre est assez large et assez belle pour qu'il s'en contente. Pourquoi lui donner d'autres préoccupations que celles du salut des âmes ? M. Jules Simon demande qu'on laisse au prêtre le libre exercice d'aumônier à l'heure suprême. Qu'il reste aumônier et ne devienne pas infirmier. N'obligeons pas le séminariste à se préparer à un rôle qui ne convient pas à son caractère ; laissons-le au séminaire..................

Drs P. et G.

CORRESPONDANCE

Antipyrine et analgésine.

Réquista (Aveyron), 16 mai 1888.

Monsieur et très honoré Confrère,

Au no du 12 mai 1888 du *Concours médical*, je viens de lire une note concernant la débaptisation de l'*Antipyrine*, que l'administration de l'assistance publique doit à l'avenir appeler *Analgésine*.

Il y a déjà 15 ans, au moins, que j'ai créé et que j'expérimente un produit complexe, spécialement destiné à annuler la douleur sous toutes ses formes, par la voie hypodermique, et que j'ai désigné sous le nom d'Analgésine.

C'est un produit très fidèle, calmant toujours la souffrance quelle que soit son origine, et absolument inoffensif, toutes qualités qui sont loin d'être l'apanage de l'antipyrine.

Mon Analgésine, est aujourd'hui devenue la propriété de M. le Docteur Pouget, médecin directeur de l'Etablissement hydrothérapique de Brioude (Haute-Loire).

La présente réclamation, que je vous prie de vouloir bien insérer au *Concours médical*, si vous le jugez convenable, n'a d'autre but que de revendiquer la paternité d'un nom, qui, pour n'avoir pas été promené *urbi et orbi*, par suite de considérations professionnelles, représente un remède vraiment efficace et qui n'a rien de commun avec le nouveau-né d'hier. Ci-joint un exemplaire de ma brochure publiée en 1879.

Veuillez agréer, très honoré confrère, l'hommage de mes meilleurs sentiments.

Docteur Cayré.

— Voici, d'après la brochure de notre confrère, ce qu'est l'Analgésine dont il revendique la paternité :

« *L'Analgésine* est composée avec les deux bases organiques qui possèdent les plus hautes vertus hypnotiques et analgésiques, la *Cryptopine* et la *Solanine* : ces deux alcaloïdes sont très peu connus en France. Le premier a été découvert en Angleterre par les frères T. et H. Smith, et jusqu'en 1874, John Harley était le seul qui l'eût soumis à une étude sérieuse, quoique incomplète. J'ai repris en sous-œuvre les expériences de ces habiles observateurs, et j'ai pu me convaincre que, de tous les alcaloïdes du *papaver somniferum*, la *Cryptopine* est le plus puissant et le plus inoffensif. Quant à la *Solanine*, elle est douée, à l'état isolé, d'une incontestable valeur hypnotique et surtout analgésique, mais elle ne devient réellement utile et précieuse que par son association avec la *Cryptopine*, dont elle accroît et assure l'efficacité. Contenue dans plusieurs plantes de la famille des solanées, telles que : la morelle, la douce-amère, la tomate, etc., elle se trouve en abondance dans les germes, dans les jeunes pousses, et principalement dans les rameaux étiolés de la pomme de terre ; c'est de là que je l'extrais. Elle fut découverte en 1821 par Desfosses, et étudiée depuis par Otto, Gmélin, Zwenger, Kind, Legrip et Clarus, mais aucun résultat pratique n'a été signalé par ces auteurs.

La difficulté était grande de former un sel double bien défini, stable et soluble dans une petite quantité de liquide ; je me suis arrêté à un *sulfate* de ces deux bases, qui réunit toutes les conditions voulues pour opérer « *tuto, cito et jucunde* ».

BULLETIN DES SYNDICATS
ET DE
L'UNION DES SYNDICATS

Directeur : Dr BARAT-DULAURIER

Syndicat médical d'Indre-et-Loire

Séance du 1er février 1888,
sous la présidence de M. Hippolyte Thomas.
(*Suite*)

Il est à souhaiter que tous les syndicats de France imitant les syndicats d'Indre-et-Loire et de la Vienne, fassent des démarches dans le même sens auprès des évêques de leur région. Ce sera peut-être là le meilleur moyen de couper court à ce genre d'exercice illégal, un des plus *désastreux pour le* médecin de campagne. Nous porterons s'il le faut la question devant l'Union des Syndicats, qui saura créer un courant favorable.

Cette année, messieurs, pour la première fois, vous avez envoyé un délégué à la réunion générale de l'Union des Syndicats : et votre secrétaire, qui a eu l'honneur de vous représenter, doit vous rendre compte de sa mission.

Je le ferai en très peu de mots, car vous avez lu dans le *Bulletin des Syndicats*, que vous devez tous recevoir, le procès-verbal de cette séance.

Vous aviez, au mois d'octobre, examiné la question des médecins des hôpitaux et celle de l'exercice de la médecine civile par les médecins militaires.

Ces deux questions avaient été loin de vous passionner ; les médecins militaires ne faisant pas de médecine civile dans notre département et à Tours les médecins de l'hôpital étant nommés au concours.

Deux autres questions ont été étudiées par l'Union des Syndicats, et bien que n'ayant pas votre avis à leur sujet, j'ai cru devoir manifester l'opinion que je pensais être la vôtre.

A propos de la création d'un ordre des médecins j'ai soutenu cette idée que, si la puissance des Syndicats est très grande contre nos ennemis du dehors, elle est assez restreinte contre nos ennemis du dedans ; et que l'ordre des médecins pourrait seul en avoir raison, car l'Ordre comporterait une sanction : la suppression du droit d'exercer.

Pour ce qui est de l'assistance médicale dans les campagnes, j'ai exposé l'organisation du service de la médecine gratuite en Indre-et-Loire et, d'après

ce que j'ai pu voir, notre organisation est l'une des meilleures.

Comme on prête au gouvernement l'intention de déposer un projet de loi sur cette matière, il a été décidé que chaque Syndicat ferait connaître ce qui se passe dans son département. Tous ces travaux seront étudiés par une commission chargée de présenter à la réunion de novembre prochain un projet complet devant être soumis au ministre compétent. Votre secrétaire a été nommé membre de cette commission.

Après la séance, un banquet a réuni une centaine de convives. Des toasts ont été portés à tous ceux qui ont souci des intérêts du corps médical. Votre délégué avait été placé à la table d'honneur avec MM. Gibert et Marguerilte, du Hâvre ; Lardier, président du Syndicat des Vosges; Dupuy, député et président de l'Union des Syndicats ; Chevandier, l'auteur du projet de loi sur l'exercice de la médecine ; Steeg, député ; Barat-Dulaurier, secrétaire de l'Union et directeur du *Bulletin des Syndicats*; Cézilly, directeur du *Concours médical*; Le Gendre, rédacteur du *Concours*, etc.

Nos confrères en mesure d'être bien renseignés ont une confiance absolue en l'avenir des Syndicats.

Le Dr Dupuy, comme vous le savez, a déposé un article additionnel à la loi des Syndicats, article donnant le droit aux Syndicats médicaux d'ester en justice. Le président de l'Union estime que cet article sera voté. Après la lettre du ministre du commerce qui vous a été lue au commencement de cette séance, vous devez partager cet espoir.

La loi sur l'exercice de la médecine ne paraîtra peut-être pas aussi tôt à l'*Officiel*. Bien que le rapport du Dr Chevandier ait dû être distribué à la Chambre dans les premiers jours de l'année, il est probable que ce projet de loi ne sera pas discuté par la Chambre actuelle, qui du reste ne serait pas très bien disposée en sa faveur.

Permettez-moi, Messieurs, en terminant, de souhaiter que les bons rapports existant entre les médecins d'Indre-et-Loire aillent toujours s'affermissant et que, n'ayant pas d'ennemis à combattre au dedans, notre Syndicat augmentant de nombre et d'influence arrive à vaincre tous nos ennemis du dehors.

Dr Edmond CHAUMIER

Le trésorier dépose les comptes du Syndicat pour l'année 1887. Les recettes ont été de 650 francs et les dépenses de 165 fr. 95 ; il reste donc une somme de 484 fr. 05 à ajouter à l'avoir du Syndicat qui au 1er janvier 1887 était de 1656 fr. 33; ce qui fait un total de 2140 fr. 38, représenté par un livret de caisse d'épargne de 2,000 fr. et une somme en caisse de 140 fr. 38.

La séance est levée à 4 heures.

Liste des membres du Syndicat médical d'Indre-et-Loire (1).

MM.

Arrault, à Montbazon. — *Archambault*, à Savigné-sur-Lathan. — Audineau, à Chouzé. — Bachelot, à Vernon. — *Berry*, à Langeais. — Bézard, à Tours. — Bichemin, à la Chapelle-sur-Loire. — *Bonamy*, à Ligueil. — Boucher, à Avoine. — Bouchet, à Lésigny-sur-Creuse (Vienne). — *Boureau*, à Loches. — *Bourgougnon*, à Tours. — *Boutier*, à Loches. — Bruneau, à Cléré. — *Caillet*, à Luynes. — *Chaumier (A.)*, à Bléré. — *Chaumier (E.)*, au Grand-Pressigny. — Deladon, à Loches. — *Delavente*, à Rivarennes. — Denis, à Bourgueil. — *Durand*, à Preuilly. — Fey, à Savonnières. — Fischer, à Fondettes. — Foucher, à Chinon. — Fourchault, à Châtillon-sur-Indre. (Indre). — Gallicher, à Loches. — Gasté, à Saint-Epain. — Garrigues, à Saint-Paterne. — *Geaudeau*, à la Haye-Descartes. — Gilles, à Tours. — Grossourdy, à Fontevrault (Maine-et-Loire). — *Guérault-Crozat*, à Tours. — Guertin, à Tours. — Héron, à Tours. — *Huret*, à Veretz. — Jaulin, à Rouziers. — *Joire*, à Sainte-Radégonde. — Jourdin, à Ballan. — *Lefèvre*, à Tours. — Lehec, à Châtillon-sur-Indre. (Indre). — *Lemarté*, à Ballan. — *Magnin*, à Sonzay. — Mahondeau, à Channay. — *Maltrais*, à Chinon. — *De Mangell*, à Gizeux. — *Ménier*, à Tours. — Menon, à Chateaurenault. — Meunier, à Tours. — *Michalowicz*, à Parçay (Maine-et-Loire). — Mornard, à Ecueillé (Indre). — Mourrua, à Preuilly. — Murraté, les Hermites. — *Orillard*, à Richelieu. — Pathault, à Azay-le-Rideau. — Paumier, à Neuillé-Pont-Pierre. — *Pomel*, à Joué. — Robert, à Esvres. — Ronquet, à Monnaie. — Rousseau, à Pocé. — *Roux*, à Chinon. — *Sainton*, à Tours. — Sagons, à St-Christophe. — *Salutrynski*, à Genillé. — *Santarel*, à Azay-le-Rideau. — *Schoofs*, à Tours. — *Ségard*, à Thilouze. — Sercé, à Fondettes. — *Soubie*, à Cormery. — Stecewiecz, à Manthelan. — Thierry, à Tours. — Hippolyte Thomas, à Tours. — Louis Thomas, à Tours. — Toffier, à Vovray. — *Varaillon*, à Noyant (Maine-et-Loire).

(1) Les noms soulignés sont ceux des membres du Concours.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU CONCOURS MÉDICAL

M. le Dr LAVIE, à Paris, présenté par MM. les docteurs Le Gendre et Lepage.

M. le Dr PAPAIL, présenté par le Directeur.

BIBLIOGRAPHIE.

Pathologie chirurgicale générale.

M. le Dr BAUDRY, professeur de chirurgie à la Faculté de *Lille*, a fait paraître chez Delahaye, place de l'Ecole de Médecine, un traité de *Pathologie chirurgicale générale*. On y trouve le résumé des cours professés par notre savant confrère depuis 1883, sur des sujets que les élèves doivent posséder à fond pour pouvoir, ensuite, aborder utilement la chirurgie des régions et le lit du malade.

Le 1er fascicule traite :

1° Des principaux processus morbides, communs à la plupart des affections chirurgicales.

2° Des lésions traumatiques simples, en général.

Le second fascicule est divisé en trois parties : Première partie. Etude des complications du traumatisme. — Deuxième partie. Etude des tumeurs en général. — Troisième partie : Etude des vices de conformation.

Nous ne saurions trop vivement recommander ces *éléments de pathologie chirurgicale générale* à l'attention de nos lecteurs. Entre autres sujets intéressants, ils y trouveront une excellente étude sur l'influence réciproque de l'état général diathésique ou morbide et du traumatisme.

Nous sommes en retard, par une cause purement accidentelle, pour remplir l'agréable devoir de rendre compte du travail de l'un de nos collaborateurs. M. Baudry nous excusera assurément.

H. C.

Le Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André, 3

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE

Pathogénie et traitement des hémoglobinuries. — Hémoglobinurie dans l'ictère grave (1).

M. A. *Robin* est partisan d'une théorie pathogénique de l'hémoglobinurie, dans laquelle entrent en jeu un trouble général de la nutrition et un trouble local des reins d'ordre congestif. Une autopsie récente vient de donner la confirmation anatomique de cette dernière lésion. M. Robin avait dans son service une femme de 73 ans dont l'histoire pathologique peut être résumée ainsi : dilatation de l'estomac et rétrécissement de l'œsophage ayant très notablement gêné l'alimentation, néphrite interstitielle de vieille date bien tolérée, parce que, l'alimentation et l'assimilation étant réduites, le rein n'avait à fournir qu'un faible travail, puis congestion rénale, engendrant concurremment de l'hémoglobinurie et une insuffisance d'excrétion, génératrice elle-même d'urémie.

L'autopsie prouva l'existence de la congestion rénale, qui, bien que paraissant à l'œil nu intense et généralisée, se montrait au microscope répartie en îlots ; M. le professeur Renaut, ayant fait l'examen d'une coupe, déclara que ce rein, déjà lésé par la néphrite interstitielle chronique, avait été annulé par un coup d'œdème congestif. M. Robin pense donc que *la congestion est la condition locale efficiente de l'hémoglobinurie*.

Mais pourquoi la congestion dans le cas précité a-t-elle produit l'hémoglobinurie plutôt que l'albuminurie et l'hématurie, comme cela est d'ordinaire ?

C'est à l'abaissement considérable du taux de la nutrition chez sa malade que M. Robin attribue cette anomalie. Au moment du coup d'œdème congestif, globules rouges et blancs se sont répandus dans le tissu conjonctif qui sépare les tubuli et la capsule de Bowmann : les globules blancs, plus aptes à la défense, ont résisté, tandis que les rouges, plus vulnérables à cause de leur dignité fonctionnelle plus relevée et rendus plus débiles par l'inanition, ont succombé sur le coup quand ils ont été privés du plasma qui les protège et placés dans un milieu anormal.

M. Robin propose d'admettre deux classes d'hémoglobinurie :

1° Les hémoglobinuries VRAIES, qui réclament deux actes pathogéniques associés : l'un, d'ordre général et prédisposant, est caractérisé par tout trouble de la nutrition qui a pour résultante d'amoindrir la vitalité des hématies ; l'autre, d'ordre local et déterminant, est une poussée congestive du côté du rein.

Cette première classe peut, elle-même, se subdiviser en trois variétés :

A. L'hémoglobinurie paroxystique (1) provoquée par le froid ou la marche. La modification nutritive antécédente est produite par la syphilis, l'impaludisme, l'uricémie, etc., ou par tout autre état pathologique influençant les échanges de façon à diminuer la résistance des globules rouges, soit directement, soit indirectement. L'acte déterminant, c'est la poussée congestive rénale. Qu'il soit direct ou réflexe, il a pour caractère essentiel d'être

(1) Société médicale des hôpitaux, 25 mai.

(1) Nous avons donné la description clinique de cette maladie dans le *Concours médical* 1882, n° 8.

passager ; il appartient donc aux mouvements d'ordre fluxionnel, et c'est précisément cette sorte d'instantanéité, suivie d'une prompte détente, qui cause et caractérise l'allure paroxystique de cette première variété d'hémoglobinurie.

B. Si l'acte rénal prend la forme d'un réel et durable mouvement congestif, l'hémoglobinurie ne sera plus paroxystique au sens propre du mot. Elle pourra durer plusieurs jours, et ne constituer, dans la plupart des cas, que le premier acte de la congestion rénale aiguë primitive ; cette congestion rénale elle-même pourra parcourir rapidement ses divers stades, ou dégénérer en une véritable néphrite d'origine congestive.

C. La troisième variété peut être représentée par l'observation résumée plus haut, c'est-à-dire par l'accès d'hémoglobinurie, non paroxystique, survenant au cours d'une néphrite d'ancienne date et provoquée par une poussée congestive du côté du rein.

A ces trois variétés d'hémoglobinurie, on pourrait donner les dénominations suivantes :

Hémoglobinurie *paroxystique simple* ;

Hémoglobinurie *prénéphrétique* ou *prébrightique*.

Hémoglobinurie *postnéphrétique* ou *postbrightique*.

2° Les hémoglobinuries de la seconde classe n'ont pas besoin, pour se produire, du concours de deux facteurs pathogéniques. La diminution de résistance des globules rouges entre seule en ligne de compte. L'acte rénal n'a nul besoin d'intervenir ; l'hémoglobine, dissoute dans le plasma sanguin, filtre à travers le glomérule ou les cellules à bâtonnets des tubuli contournés, en vertu de ses propriétés exosmotiques, et si les autopsies ont alors révélé des altérations rénales, elles étaient certainement secondaires, soit à l'élimination du poison destructeur des globules rouges, soit à l'irritation produite dans le rein par l'excrétion d'un produit anormal, tel que l'hémoglobine, pour le rein.

Toute cette seconde classe d'hémoglobinuries ressortit aux hémoglobinuries TOXIQUES. Incontestablement, ici, il s'agit d'abord d'une hémoglobinémie. Certains poisons détruisent les globules rouges dans le sang lui-même ; c'est le cas de l'hydrogène arsénieux, du chlorate de potasse, du naphtol (1), de l'acide pyrogallique, de l'iode, de la glycérine, de certains champignons, etc. ; d'autres paraissent ne pas détruire complètement les globules rouges, mais seulement en séparer la matière colorante ; ainsi l'aniline dissocie l'hémoglobine du stroma, qui apparaît alors sous forme d'un anneau globulaire.

Jusqu'à présent, aucune règle fixe ne paraît avoir présidé à la thérapeutique de l'hémoglobinurie.

C'est la pathogénie seule qui doit fournir les indications du traitement.

D'abord, il faudra déterminer la nature du processus d'ordre général qui, par l'intermédiaire d'un trouble de la nutrition, diminue la résistance des globules rouges du sang.

Aux syphilitiques, on opposera le traitement spécifique ; aux paludéens, les préparations de quinquina et le sulfate de quinine ; aux anémiques, les toniques et les ferrugineux ; aux uricémiques, les benzoates et les arsénieux, etc. En un mot, on trai-

(1) Injecté dans le sang, mais non administré par les voies digestives. P. L. G.

FEUILLETON

Causerie humoristique sur les petites misères de la profession. (1)

Kœnig a la parole :

Nous sommes ici chez nous. Personne n'écoute aux portes. Nous pouvons bien dire des malades ce que nous en pensons.

— Parlez ! Parbleu !

Depuis bien avant Molière, le médecin est pour eux une tête de turc. Il y a assez longtemps que cela dure ; ce n'est pas toujours au tour des mêmes, comme on dit à tous les jeux.

***

Obligé de vivre perpétuellement avec les malades, qui sont presque tous d'un égoïsme révoltant, le pauvre médecin est voué à une existence particulièrement tourmentée et fort déplaisante.

Celui qui souffre, voyez-vous, est un peu trop préoccupé de sa santé. Il ne sait parler que de ses douleurs, que de son manque d'appétit, que de son ventre tendu et embarrassé, que de ses borborygmes, de ses démangeaisons ; et il n'entend pas que son médecin, qu'il paie, se mette en peine ou soit préoccupé d'autre chose.

— Pourquoi, docteur, n'êtes-vous pas venu me voir ce matin ?

— J'ai été retenu auprès d'une femme en couches.

— Une femme en couches ! une femme en couches ! Je me moque bien de votre femme en couches... Qu'est ce que ça me fait à moi, votre femme en couches ? J'ai failli mourir, et vous n'étiez pas là !...

***

De toutes les professions, encore une fois, la plus tourmentée, c'est la nôtre. Nous sommes obsédés, à journées faites, par des hypochondriaques, des atrabilaires, des poussifs, des névropathiques, en un mot par l'engeance infernale de ceux qui digèrent mal, laquelle est de toutes les engeances la plus cruellement égoïste, la plus susceptible, la plus odieuse et la plus acharnée qu'on puisse imaginer. Ces gens-là ! ils vous tueraient père, mère, femme et enfants, avec tous les médecins par dessus le marché, pour traîner leur vie misérable un peu plus longtemps.

Ils sont malades, direz-vous !

La belle affaire !... Est-ce une raison pour faire crever les gens bien portants ?

***

(1) Nos lecteurs n'ont pas oublié les feuilletons si intéressants du Dr Perron, que nous avons publiés dans le *Concours*, sous le nom de *Cercle médical du pays Quingeois* ; 1887, n° 2. Une conversation amicale entre plusieurs confrères était le prétexte à l'exposé des plus saines idées déontologiques. N. de la R.

tera la maladie prédisposante, considérée en elle-même et dégagée de sa complication hémoglobinurique. Pour prévenir le second facteur indispensable à la production de l'hémoglobinurie, la congestion rénale (refroidissement, excès vénériens, traumatisme lombaire, excès alcooliques), le malade sera tenu au repos. On lui évitera sévèrement toute occasion de refroidissement; il sera vêtu de flanelle. Barlow avait proposé d'habituer peu à peu les sujets à l'action du froid, par les bains et douches froids ou refroidis progressivement, mais l'hydrothérapie paraît avoir souvent aggravé la maladie.

On supprimera aussi les boissons alcooliques, et l'on engagera le malade à s'abstenir pendant un certain temps de tout acte vénérien.

Il importera également de surveiller de très près l'alimentation et de soumettre chaque malade à un régime qui variera suivant l'affection générale prédisposante qu'on aura dépistée. En tout état de cause, les aliments oxaliques (oseille, tomates, etc.), ceux qui renferment beaucoup de matières extractives (viandes marinées, charcuterie, etc.), ceux qui exercent une action spéciale sur le rein (asperges, épices, thé, café, bière) devront être interdits.

Pendant les paroxysmes, le séjour au lit et le régime lacté feront tous les frais de la médication.

A la classe des hémoglobinuries toxiques se réfère le fait suivant, unique jusqu'ici, cité par M. G. Ballet, d'hémoglobinurie au cours d'un ictère grave chez un enfant de 11 ans 1/2 qui mourut en trois ou quatre jours; les urines rougeâtres qu'il émit étaient colorées uniquement par de l'hémoglobine et ne contenaient pas de globules. La destruction des globules rouges peut avoir été dans ce cas le résultat de la toxémie de l'ictère.

Cet enfant avait eu un ictère à l'âge de 2 ou 3 ans, et il avait conservé depuis ce temps, de l'hypertrophie du foie, mais il était considéré comme bien portant. Sauf un peu de constipation, on ne releva aucun symptôme prodromique avant le malaise, l'accablement, l'ictère et le coma qui survinrent si rapidement.

La périostite consécutive à la variole

M. *Barié* a observé quatre cas de cette complication signalée pour la première fois par J. L. Petit, rarement observée et étudiée. Fréquente après d'autres maladies infectieuses (fièvre typhoïde, rougeole, scarlatine), la périostite doit prendre place parmi les nombreuses complications de la variole.

Elle survient pendant la convalescence de la variole, en général de la quatrième à la sixième semaine, et se montre de préférence chez les adolescents ou des adultes jeunes qui n'ont point encore terminé leur travail de croissance;

Elle peut être circonscrite à un seul os, ou envahir plusieurs points du squelette, sans que ceux-ci aient aucun rapport de voisinage. La périostite varioleuse siège sur les os longs, généralement au niveau de la diaphyse ou à l'union de celle-ci avec l'épiphyse; elle a une prédilection marquée pour les membres inférieurs et spécialement pour le tibia.

La maladie est caractérisée par une douleur spontanée, plus ou moins vive, accrue par la pression et les mouvements, et par un gonflement notable de la région malade, dans lequel on distingue un empâtement profond, en rapport immédiat avec l'os sous-jacent; la peau conserve son aspect habituel et sa coloration normale.

L'affection est apyrétique et se termine par réso-

Quand nous sortons, nous avons beau nous raser et prendre les rues les plus désertes. L'un de ces bourreaux nous a vu passer. Il accourt. Il nous aborde: Figurez-vous, mon cher docteur, que j'ai été réveillé, cette nuit, par un point, là, tout au bas des côtes, au niveau du foie. C'était si vous voulez, comme une goutte de sang; comme qui dirait une douleur, avec des élancements. Puis, ça s'est passé peu à peu, et je me suis rendormi. Qu'est-ce que ça signifie? — Peut-être l'annonce de quelque mauvais temps! — Du tout. Je crois plutôt que c'est la bile ou le sang qui me travaille. Ne pensez-vous pas que je ferais bien de me purger? — Purgez-vous. — Ne croyez-vous pas aussi que les nerfs y sont pour quelque chose? — Prenez un grand bain! — Bah! j'aime encore mieux avaler une purge; c'est plus vite fait. Je sens que j'ai de la bile. Ah! Dieu; si l'on s'en fait aujourd'hui dans les affaires, par le temps qui court!

Et cet original n'est pas sitôt parti, qu'il nous en tombe un autre sur les bras, car notre qualité de médecin, vraie robe de Nessus, nous suit partout.

* *
*

Jugez-en.

Si par hasard un profane, le premier venu, accoste dans la rue une personne de sa connaissance, et qu'il lui demande pour la forme: *comment vas-tu?* A cette question banale, l'autre ne manque jamais de répondre par une autre banalité quelconque: *Je vais bien, et toi!* Ou: *Pas mal, merci!...* Tandis que si nous autres, médecins, nous avons le malheur d'adresser par inadvertance une pareille question, on saisit la balle au bond et on nous répond: *tiens, mais au fait, docteur, puisque je vous rencontre, je suis bien aise de vous dire.....* Et voilà qu'on nous serre le bouton et qu'on nous torture par le récit d'interminables confidences.

Cela vous fait rire?

Il n'y a pas de quoi vraiment.

Dernièrement le vieux banquier Samuel donnait un grand dîner d'anniversaire. Au nombre des invités, il y avait deux bilioso-nerveux de ma connaissance, un mâle et une femelle, deux clients, deux ennemis par conséquent. Sachant que je serais au nombre des convives, ils se sont arrangés le plus naturellement du monde pour être assis, l'un à ma droite; l'autre, à ma gauche. Qu'avons-nous mangé à ce dîner? Ai-je seulement mangé quelque chose? Je n'en sais rien. J'avais à peine avalé ma première bouchée, que déjà la voix de droite commençait à mon oreille: *docteur, après chaque repas, je suis toujours repris de mes flatuosités. Votre affreux charbon ne m'a pas réussi!....* Et presque en même temps, j'entendais à mon oreille gauche: *docteur, je suis de plus en plus rouge au sortir de table; si rouge, qu'on croirait toujours que j'ai trop bu.. Que faut-il faire ?.....* Puis la voix de droite reprenait: *Je me trouvais mieux, je*

lution dans un espace de temps, variant de deux à six semaines environ ; elle peut laisser après elle des périostoses plus ou moins persistantes ; les rechutes ne sont point rares.

Le traitement de la maladie est fort simple : le repos du membre malade, l'enveloppement dans des cataplasmes émollients ; dans d'autres cas, l'emploi des vésicatoires ou de quelques emplâtres résolutifs, suffisent à assurer la guérison.

La périostite varioleuse procède directement de l'agent infectieux qui préside à toutes les manifestations cliniques de la variole ; la fatigue qui accompagne nécessairement les premiers pas, la marche ou simplement la station debout durant la convalescence, en sont les causes occasionnelles les plus fréquentes.

Les caractères qui viennent d'être énumérés appartiennent à ce qu'on pourrait appeler la forme subaiguë, ou encore bénigne de la périostite varioleuse. L'analogie étroite qui la rapproche de certaines autres périostites infectieuses, telles que celle qu'on observe dans la convalescence de la fièvre typhoïde par exemple, permettent de supposer qu'à côté de la forme bénigne, il existe des formes graves se terminant souvent par suppuration avec ostéite, nécrose et même ostéo-myélite.

Traitement des céphalées hystériques et épileptiques par la compression.

Briquet avait signalé les avantages de la compression contre les céphalées des hystériques ; mais faite avec des bandes roulées, la compression était ou douloureuse ou difficile à maintenir, M. *Féré* a imaginé pour la réaliser une calotte à double paroi, capitonnée et contenant 2 kilog. de plomb de chasse.

La compression ainsi faite amène souvent le soulagement de la douleur et prévient aussi la production des spasmes convulsifs que la prolongation de la céphalée entraîne souvent chez les hystériques et épileptiques.

Le naphtol contre l'incontinence d'urine.

Aux nombreux médicaments cités dans notre dernier numéro, à propos du traitement de l'incontinence, on peut joindre le naphtol, qui aurait produit le succès dans l'observation suivante, citée par le *Paris Médical*, d'après le Dr Wright.

Une dame de 35 ans était affectée d'une incontinence d'urine depuis son enfance. Elle ne souffrait pas, elle ne présentait pas de symptômes en rapport avec une cystite ou une affection calculeuse. On avait eu recours, sans succès, à des médications locales et générales.

Depuis une année, la malade était tourmentée par une toux opiniâtre, qui résistait également aux traitements divers qu'on avait institués. Dans l'idée que cette toux était en rapport avec une affection bactérienne, M. Wright prescrivait à la malade du naphtol, à prendre dans des capsules gélatineuses.

Au grand étonnement du médecin, il se produisit, sous l'influence de cette médication, une amélioration de l'incontinence d'urine. La suspension du traitement fit revenir les choses en leur premier état. Reprise du traitement, nouvelle amélioration. Finalement, la malade a été complètement débarrassée de son infirmité, qui troublait profondément son sommeil.

---

crois, de la teinture de noix vomique, qu'en pensez-vous ?... Et celle de gauche : *j'ai toujours aussi mes serrements de gorge. Vous appelez cela des spasmes, je crois ?*... A droite ; *est-ce que les eaux....* ? A gauche : *est-ce qu'une mouche ou des ventouses sèches, etc*.... Et cette consultation bilatérale ne finit qu'au dessert, quand je me levai pour sortir de table. O les bourreaux !

C'est alors que le vieux banquier, m'abordant comme pour me saluer, me prit à part et me confia à demi-voix qu'il avait depuis quelque temps la miction plus difficile, qu'il avait bien peur d'avoir son catarrhe sur la vessie. *Dois-je revenir à l'usage des balsamiques*, ajouta-il ?

C'était pour achever ma digestion.

* * *

La vie du médecin en province, car je suppose qu'à Paris cela se passe tout autrement, est ainsi tarabustée par une foule de gens souffreteux et de misérables valétudinaires qui se rattachent lâchement à l'existence, et qui y tiennent !

Un médecin est jour et nuit harcelé par des particuliers aussi exigeants que désagréables. S'il se met au lit de bonne heure : *tiens*, dit l'un, *le docteur est déjà couché* ?... S'il se lève un peu tard, parce qu'il aura mal dormi : *tiens*, fait l'autre, *le docteur n'est pas encore levé* ?

Un médecin ne devrait pas avoir de ces besoins qui prennent trop de temps ; il appartient à ceux qui souffrent, et il se doit tout entier au service des malades. Il n'a pas été fait médecin pour des prunes, que diable ! Où serait son mérite s'il vivait comme les autres, ne se privant pas des distractions auxquelles a recours le commun des mortels ?

Voilà de ces balivernes que l'égoïsme humain propage. On voudrait que nous fussions des hommes parfaits...

— Eh ! Eh ! savez-vous, Kœnig, que cette prétention nous honore infiniment ?

— Je ne dis pas le contraire.

Puis, quand nous nous sommes bien mis en quatre pour satisfaire nos malades, pour les guérir, pour les soulager tout au moins ; quand nous croyons nous les être attachés par les liens d'une reconnaissance bien naturelle, nous apprenons qu'ils ont une joie maligne à déblatérer contre nous. On les entend rire et se moquer tout haut du pauvre Esculape qui les a soignés. Ah ! si je n'avais pas eu si bon coffre, disent-ils, comme il m'aurait vite expédié dans l'autre monde, avec ses juleps et ses drogues nauséabondes !... Du reste, ont-ils soin d'ajouter, pourvu qu'on paye sa note à la Saint-Martin, le Dr Kœnig ne se fiche pas mal de ses malades ; il ne moisit pas au chevet de leur lit : il tâte le pouls, et fait tirer la langue, hoche la tête, et, proust, le voilà parti...

(*A suivre.*) Dr Perron.

Question de déontologie, à propos de l'acide fluorhydrique.

M. *Créquy*, qui est médecin en chef de l'Est, demande si, en l'état actuel de nos connaissances, un médecin, à la tête d'une grande administration, est autorisé à proposer à cette administration de s'imposer les frais d'une installation d'acide fluorhydrique pour ses employés atteints de phthisie.

M. *Bucquoy* répond par la négative : ce qu'il a vu, dans son service et ailleurs, malgré des améliorations passagères, lui fait croire que cette nouvelle médication est destinée à disparaître, comme tant d'autres (1).

Obstruction de la trachée après la trachéotomie.

A côté des complications connues de la trachéotomie (obstruction de la *canule*, broncho-pneumonie, bronchite pseudo-membraneuse), M. *Delassus* (de Lille) vient de signaler une complication qui n'a presque pas attiré l'attention jusqu'ici : c'est l'obstruction de la *trachée* au-dessous de la canule, par le dessèchement des produits de sécrétion du conduit respiratoire.

L'introduction d'un air chaud et très humide préviendra ce dessèchement et la bronchite, cause principale des sécrétions.

La production de vapeur dans toute la chambre par l'ébullition presque continue de l'eau contenue dans un récipient, est le moyen le plus simple, le plus rationnel et le plus sûr d'obtenir cet air chaud et humide nécessaire.

Il est préférable aux pulvérisations, inhalations, aux compresses humides appliquées au-devant de la canule que recommandent quelques auteurs.

L'obstruction une fois produite devra être traitée par les instillations d'eau tiède, les titillations de la trachée au moyen d'une plume et la saturation rigoureuse de l'air par la vapeur d'eau. « L'introduction de l'eau dans les voies respiratoires, dit Archambault, ne cause pas d'accidents. Dans l'espace de six jours, j'ai projeté dans la trachée d'un enfant, qui a guéri, au moins 500 grammes d'eau tiède. » (2)

Guérison instantanée de la coqueluche.

C'est par les fumigations sulfureuses que le Dr Mohu, de Christiania, a guéri plusieurs de ses propres enfants presque instantanément, dit-il.

Voici comment il conseille d'opérer. Les enfants sont le matin vêtus de linge propre et transportés ailleurs. Dans la chambre à coucher et dans la pièce où séjournent habituellement les malades, on suspend la literie, les habits, les jouets, tout ce qui ne peut être lavé. On brûle 25 gr. de soufre par mètre cube dans les pièces à désinfecter et on laisse le gaz sulfureux faire son effet pendant cinq heures. On expose ensuite à l'air les effets, la literie, on aère les chambres largement, et le soir l'enfant couche dans une chambre et dans un lit entièrement désinfectés... Et l'enfant, paraît-il, est guéri de la coqueluche.

(1) *Bulletin médical.*

(2) *Revue des maladies de l'enfance*, mai 1888.

(3) *Union médicale du Canada*, janvier 1888.

Typhlo-péritonite à début péritonéal.

(*pérityphlite dite primitive*).

M. J. Besnier a établi, dans un important et consciencieux mémoire, les points suivants :

Au point de vue anatomique, la typhlite stercorale peut prendre la forme phlegmoneuse (Duguet). Dans cette forme, l'inflammation atteint la couche celluleuse sous-jacente à la muqueuse cœcale, et donne lieu à un véritable phlegmon qui se développe sans qu'il y ait nécessairement perforation intestinale et se termine par suppuration ou gangrène. Même dans ce dernier cas, la guérison peut avoir lieu grâce à l'élimination des parties sphacélées par les garde-robes, ainsi que le cela résulte d'une remarquable observation de M. J. Besnier.

Au point de vue clinique, et quelle que soit sa forme anatomique, la typhlite stercorale peut se montrer brusquement et s'accompagner dès son début d'une péritonite, qui se localise dans la région cœcale et dont les symptômes sont tout d'abord prédominants. Ces faits, qui sont plus fréquents chez les jeunes sujets que chez les adultes, ont été considérés par certains auteurs comme des phlegmons idiopathiques et décrits sous le nom de pérityphlites primitives. La dénomination qui leur convient est celle de typhlite et péritonite ou de *typhlo-péritonite à début péritonéal*. Dans ce cas la typhlite et la péritonite ne forment pour ainsi dire qu'une seule maladie, dont la marche est aiguë et dont la terminaison est précédée et accompagnée d'évacuations intestinales plus ou moins abondantes et se fait le plus souvent par résolution.

En rapprochant ces faits de ceux qui portent le nom de pérityphlites secondaires, on s'aperçoit que sous cette dernière dénomination, ont été compris deux ordres d'accidents différents quant au siège de l'inflammation pérityphlitique : 1° des péritonites circonscrites, qui elles-mêmes peuvent être simples, ou bien s'accompagner de phlegmons, par suite de la propagation de l'inflammation du péritoine au tissu cellulaire voisin ; — 2° des inflammations phlegmoneuses, débutant par le tissu cellulaire rétro-cœcal et s'accompagnant de péritonites partielles.

La première forme inflammatoire des typhlo-péritonites simples ou compliquées de phlegmons répond le plus souvent aux pérityphlites bénignes et résolutives. La dernière, qui est très rare, constitue la pérityphlite proprement dite, et, répond plus particulièrement aux pérityphlites suppurées.

Pour la distinguer de la précédente, M. J. Besnier propose de la désigner sous le nom de *typhlo-cellulite*, qui, en indiquant son siège et sa nature, ferait cesser toute confusion entre les différentes espèces de pérityphlites.

(1) *Revue des maladies de l'enfance*, 1888.

MÉDECINE LÉGALE

Responsabilité médicale.

Cours de M. Brouardel.

(Notes rédigées par M. Joseph Davèo, stagiaire des hôpitaux (*suite*).

III

LE PRINCIPE ET LA JURISPRUDENCE.

Le principe de la responsabilité médicale se trouve donc dans les articles 1382 et 1383 du code civil. Mais, à côté du principe, se posent les restrictions.

La responsabilité du médecin doit être admise tant qu'elle est une protection pour la société contre la négligence ou la témérité du médecin, mais elle ne doit pas être trop étendue parce qu'elle paralyserait son activité et l'inquiéterait dans le choix des remèdes. Il faut admettre, jusqu'à preuve contraire, que le médecin a voulu le mieux pour son malade; si le résultat n'a pas été conforme à sa pensée ou à l'espoir du patient, cela provient de ce qu'un résultat heureux n'était pas possible ou de ce que le médecin, dans des circonstances difficiles, a commis une erreur qui a empêché le succès du traitement : *Errare humanum est*, et ce fait n'est punissable que dans des cas déterminés.

Si l'on voulait demander raison au médecin de tous ses actes, la pratique médicale serait entravée, elle deviendrait méticuleuse et craintive, subordonnée à l'arrière-pensée d'une poursuite en responsabilité. Le médecin chercherait, avant tout, à ne pas se compromettre et, au détriment du malade, il ne trouverait plus, aux moments périlleux, ces inspirations heureuses et hardies si bien exprimées par Celse : « *Si non appareat aliud auxilium, peritu-* « *rusque sit, qui laborat, nisi temeraria quoque* « *via fuerit adjutus* ». La science serait alors arrêtée, par une jurisprudence qui ne tarderait pas à s'implanter dans les mœurs au sujet des diverses méthodes de traitement; on en viendrait au point de consulter avant toute détermination grave la jurisprudence de son ressort.

Dans les questions de responsabilité, comme l'a dit Dupin, il ne s'agit pas de savoir si le traitement a été ordonné à propos ou mal à propos, s'il devait y avoir des effets salutaires ou nuisibles, si un autre n'était pas préférable, si une opération était ou non indispensable, s'il y a eu imprudence ou non à la hasarder, maladresse ou malhabileté à l'exécuter, si avec tel ou tel instrument, d'après tel ou tel procédé, elle n'aurait pas mieux réussi; ce sont là tout autant de questions scientifiques à débattre entre docteurs et qui ne peuvent pas constituer des cas de responsabilité civile ni tomber sous l'examen des tribunaux.

Mais du moment que les faits reprochés au médecin sortent de la classe de ceux qui par leur nature sont exclusivement réservés aux discussions de la science, du moment qu'ils se compliquent de négligence, de légèreté ou d'ignorance des choses qu'on devrait nécessairement savoir, la responsabilité de droit commun est encourue et la compétence de la justice est ouverte. Qu'un médecin ordonne une potion, qu'il proportionne les éléments dont il la compose d'une manière plus ou moins salutaire, plus ou moins en harmonie avec le mal et le traitement du malade, jusque là il ne peut y avoir qu'un fait soumis aux discussions scientifiques; mais qu'il prescrive une dose telle qu'elle doive être infailliblement un poison, toute la responsabilité de ce fait retombe sur lui sans qu'il soit nécessaire à l'égard de la responsabilité purement civile de rechercher s'il y a eu de sa part intention coupable. Il suffit qu'il y ait eu négligence, légèreté ou méprise grossière, par cela même inexcusable; en un mot les médecins sont responsables *quia non intellexerunt quod omnes intelligunt.*

Quoi qu'il en soit, on se trouvera toujours en présence d'une difficulté : celle de savoir apprécier la faute. Cette difficulté est un des motifs qui doit limiter la responsabilité médicale et doit rendre bien exceptionnels les cas de poursuites judiciaires.

Les cas de responsabilité admis, il s'agit de voir comment les choses se passent, le cas échéant; Comme il a été dit précédemment, la jurisprudence admet aujourd'hui l'action civile et l'action pénale, La première est intentée par la personne lésée ou par ses représentants ; la seconde par le ministère public qui poursuit le délit. Si le ministère public ne prend pas les devants, les plaignants peuvent citer le médecin en police correctionnelle, mais il faut qu'ils demandent en même temps des dommages et intérêts, n'ayant pas qualité pour requérir l'application d'une peine; le tribunal ne peut alors en accorder qu'autant que le fait dommageable constitue un délit et est puni comme tel. L'action civile peut persister même quand le défendeur a été acquitté de l'action criminelle.

Voici, d'ailleurs, comment les choses se passent en France. La famille du malade adresse une plainte au procureur de la République qui, dans la majorité des cas, consulte un médecin pour savoir s'il y a lieu de donner suite à la plainte. Souvent, après les explications du médecin consulté, la plainte est écartée et le procureur de la République ne poursuit pas ; dans ce cas comme il a été dit plus haut, c'est la partie civile qui appelle le médecin devant le tribunal.

IV

Expertise en matière de responsabilité médicale.

Ici se pose une question fort agitée : Qui doit être juge ? Par qui le médecin doit-il être jugé ? Cette question a été longuement debattue. Dernièrement encore l'Association amicale des médecins en était saisie.

Les uns préconisent l'institution de tribunaux de médecins. Mais deux choses s'opposent, d'après l'éminent M. Brouardel, à la substitution du médecin au magistrat. Chaque fois qu'un individu est jugé par ses pairs, le jugement est infirmé d'avance. Dans l'espèce, si le médecin en cause est condamné, on supposera l'envie du métier; s'il est acquitté, on supposera au contraire la partialité. « Les loups ne se mangent pas entre eux, dira-t-on ». De plus, en étant jugé par ses pairs, le médecin accusé se trouvera en présence, la plupart du temps, de confrères avec lesquels il aura eu des relations plus ou moins amicales. Dans les petites villes, ces tribunaux ne tarderaient pas à devenir de véritables coteries.

En ce moment même, certains médecins mènent une campagne en faveur des conseils de discipline. Ici encore le professeur Brouardel déclare qu'on fait fausse route. En effet, si un médecin est mis en interdit, il sera excessivement difficile, pour ne pas dire impossible, de savoir si ce médecin ne continue pas à exercer sa profession, car la médecine réclame bien souvent le huis-clos. De plus, ici encore, il faut tenir compte des inimitiés et des rivalités si acerbes entre médecins de province.

« Rien n'est dangereux, dit M. Brouardel, comme

« un aéropage de médecins. » Il cite le cas du docteur C..., appelé près d'un homme qui était tombé sur une pile de bouteilles, il voulait lier les artères blessées ; mais, le malade s'y opposant, il fut obligé de faire de la compression. Deux jours plus tard, un autre médecin déclare qu'il y a un phlegmon et le malade meurt quatorze jours après de tétanos. Traduit devant le tribunal, le docteur C.., *chargé par tous ses confrères*, fut condamné à 10,000 fr. de dommages et intérêts, et il en appela à la cour de Riom. Commis par la Cour, le professeur Brouardel démontra facilement que la compression n'avait pas été contre-indiquée et cita, à l'appui de sa thèse, deux cliniques récentes de Gosselin. Il n'est pas difficile de voir qu'en matière de responsabilité, l'expertise est le fait principal dans l'instruction de l'affaire ; quelques médecins ont même demandé que ce fût le fait unique ; s'appuyant sur l'incompétence scientifique du juge, ils ont proposé l'établissement d'un jury spécial composé de médecins appelés à résoudre la question de fait, le juge, après ce verdict, n'ayant plus qu'à appliquer la loi. On peut faire à cette idée les mêmes objections qu'aux tribunaux exclusivement composés de médecins, quoique certains des jurisconsultes aient approuvé cette mesure. « Nous reconnais« sons, disaient-ils, que, dans la question médicale, « un jury d'hommes spéciaux est une nécessité im« périeuse qu'on ne saurait trop proclamer. »

Comme l'a si bien dit M. Brouardel, mieux vaut se rallier à la doctrine de Charles-Quint qui prenait des médecins comme experts vis-à-vis d'un de leurs confrères. Il est donc préférable de s'en tenir aux tribunaux ordinaires qui s'adjoindront un homme de l'art. L'expert émettra un avis sous la responsabilité de sa signature. La pensée que ce document subsistera obligera le médecin expert à faire sur lui-même l'effort nécessaire pour être impartial.

Les expertises de ce genre sont, il est vrai, une des choses les plus difficiles et les plus délicates de la médecine légale ; les tribunaux doivent donc attacher une grande importance dans le choix des experts. On avait proposé d'abord de s'adresser aux sociétés savantes comme ayant plus d'impartialité et d'autorité, mais la responsabilité individuelle vaut mieux que la responsabilité collective. Rien n'est plus difficile, lorsqu'on est plusieurs, que d'éviter une passion ou un entraînement alors surtout que l'on saura que personne individuellement ne sera responsable de ce jugement. Mieux vaut donc un juge unique qui portera toute sa vie le stigmate de sa sentence.

Il s'agit de voir maintenant quel est le rôle de cet expert appelé par le tribunal à juger la conduite d'un collègue.

La première règle à observer, si l'on connaît le médecin incriminé, c'est d'oublier les relations agréables ou désagréables que l'on a eues avec lui.

La seconde consiste à ne pas juger l'acte comme conséquence de l'action du médecin, mais comme si l'on s'était trouvé dans les conditions où le médecin accusé a agi, ordonné ou prescrit ; il faut donc se mettre dans la position où était le confrère au moment où il a commis la faute qu'on lui reproche.

Il faut se souvenir aussi qu'on n'est pas tenu de démontrer s'il y a eu erreur de diagnostic, mais si cette erreur était coupable. Il ne faut pas oublier alors que les plus grands praticiens eux-mêmes ont commis des erreurs de ce genre. Dupuytren n'avait-il pas ouvert un anévrysme du creux axillaire croyant avoir affaire à un abcès ?

Mais une des choses que le médecin expert doit surtout savoir discerner, c'est la situation du médecin. Il y a pour ainsi dire deux catégories de médecins : celui des villes et celui des campagnes. Le premier est à même de pouvoir se tenir au courant des progrès de la science et, de plus, il choisit ordinairement une des branches de la médecine dont il aura fait sa spécialité et où il excellera. Le médecin de campagne, au contraire, est obligé de faire à la fois toute la médecine et toute la chirurgie ; de plus, il opère la plupart du temps dans des conditions tellement déplorables que l'erreur de diagnostic est facile. Le manque d'aides, d'instruments spéciaux, parfois le forceront à faire des opérations qu'il serait injuste d'incriminer. De plus, il faut aussi tenir compte de l'isolement scientifique dans lequel il vit la plupart du temps.

Les fatigues, les courses occasionnées par l'éloignement de la clientèle lui laisseront peu de loisirs pour lire les journaux de médecine qui arrivent parfois très rarement jusqu'à lui. Outre ces considérations, le médecin expert ne doit pas substituer ses opinions thérapeutiques à celles du confrère. Il y a trois ans, un jeune médecin de Sedan fut poursuivi à l'instigation d'*un vieil officier de santé qui* l'accusait d'avoir causé la mort d'un jeune homme atteint de fièvre typhoïde, en lui donnant 4 grammes de salicylate de soude à prendre en une heure et demie. « Nommé expert, dit M. Brouardel, je « fis abstraction de mon antipathie pour cette mé« dication, et je déclarai que ce jeune médecin « était autorisé à la prescrire, puisque Vulpian en « donnait jusqu'à 8 et 10 grammes et qu'on allait « plus loin encore en Allemagne.

« D'ailleurs, ce médicament avait-il causé la mort « du jeune homme ? Le rapport de l'officier de « santé correspondait exactement à la description « du collapsus dans Wunderlich. Or le malade « avait succombé avec un refroidissement périphé« rique et 41 degrés de température rectale, tandis « que, dans les cas d'empoisonnement par le sali« cylate de soude, le malade meurt avec 37° degrés « de température rectale. »

L'expert unique est donc le seul qui offre la garantie d'impartialité et sa conduite ne donnera lieu à aucune critique malveillante, s'il se souvient que le tribunal l'a commis pour constater seulement s'il y a eu preuve d'ignorance ou défaut de surveillance de la part de son confrère.

J. DAVÉO.

(*A suivre.*)

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Les souscriptions entre médecins.

Malgré la puissante intervention de l'Association générale et surtout des *Sociétés locales*, bien souvent des situations particulièrement malheureuses viennent à se produire dans les familles médicales, lorsque le chef de famille devient impropre à l'exercice de la profession ou lorsqu'il meurt à la peine.

Les souscriptions, provoquées dans ces circonstances, se traduisent, en règle générale, par des résultats lamentables...

Faut-il en accuser le défaut de charité, le manque de solidarité des médecins ? Nous ne le pensons pas. Entre concevoir le désir de venir en aide

à son prochain et l'exécution de ce désir, il y a grande distance. Les difficultés résident surtout dans l'entraînement des occupations journalières, assez absorbantes pour remettre sans cesse à un jour, qui souvent ne vient jamais, la corvée, ajoutée à toutes les corvées habituelles, d'aller ou d'envoyer à la poste, pour verser le montant d'un mandat, puis écrire la lettre d'envoi, etc., etc. Voilà les grains de sable qui rendent souvent platoniques les premiers et bons mouvements.

Nous appliquons ces observations à la lettre suivante :

Douarnenez, 22 mai 1888.

Monsieur le Directeur,

En lisant le numéro du 19 mai du *Concours Médical*, je vois que plusieurs confrères ont préféré, comme moi, vous adresser leur modeste offrande à madame veuve Fichou, dont la situation intéressante a droit certainement à tous les égards du corps médical.

Au nombre de ces égards, il me semble qu'il y a lieu de considérer la forme sous laquelle le secours auquel elle peut prétendre de la part des confrères de son mari, doit lui être adressé. Dans un cas semblable il faudrait qu'un comité centralisât les offrandes pour en verser plus tard le total à qui de droit.

De cette façon, il n'y aurait ni gêne de la part de celui qui offrirait, ni humiliation pour celle qui recevrait.

Puisque ce service n'existe pas encore, ce serait un honneur de plus pour « *Le Concours* » que de l'organiser sans tarder.

Le minimum de souscription qui est proposé est également beaucoup trop faible, car avant tout, il faut qu'un secours soit efficace.

Pour ma part, je crois qu'il n'y a pas un médecin en exercice qui ne puisse verser (et à plusieurs reprises même par an), une somme minimum de cinq francs et peut-être même de dix francs à une œuvre de bienfaisance confraternelle pour laquelle le nombre des appels serait encore assez restreint, car fort heureusement tous les médecins qui meurent ne laissent pas leur famille dans une gêne aussi grande.

Je vous demande pardon, Monsieur et très honoré confrère, d'enfreindre la recommandation que vous faites d'adresser directement les offrandes à Madame Fichou (car décidément il est plus difficile d'écrire la lettre que de verser l'argent), et je vous fais parvenir mon obole en un mandat sur la poste ci-inclus.

Recevez, je vous prie, Monsieur et très honoré confrère, avec les remercîments que nous vous devons tous pour la sollicitude avec laquelle vous vous occupez constamment des intérêts de tous les membres de notre association, l'assurance de mes sentiments les plus dévoués.

Dr Bizien.

Nous répondons à notre honorable correspondant : L'envoi direct à la veuve permet à chaque confrère de lui témoigner, en quelques mots, une sympathie qui vaut autant que l'envoi de l'offrande. Nous avons accepté, malgré ses inconvénients, l'envoi des timbres-poste parce que cet envoi supprime la nécessité du mandat-poste qui occasionne un déplacement spécial. On enverra à la veuve et peut-être n'enverrait-on pas à un comité. Il n'y a aucune humiliation à recevoir ce qu'on n'a pas sollicité. C'est un honneur pour une famille d'avoir épuisé toutes ses ressources, d'avoir contracté des dettes pour prodiguer des soins au chef de famille.

Le minimum de souscription proposé n'étant qu'un minimum, respecte toutes les situations. Notre correspondant est généreux et il mesure sa générosité à ses ressources. Il ne tient pas compte de toutes les situations et surtout de la difficulté naturelle qu'il y a à mettre en mouvement, plusieurs fois par an, plus de trois mille médecins, sollicités d'ailleurs de bien des façons, pour des œuvres diverses.

C'est donc rarement, cher confrère, qu'il faut adresser de semblables appels à la bonne volonté et à la confraternité de nos lecteurs. C'est la première fois depuis 10 ans, sous la forme la plus modeste, que nous recourons à une souscription. Il importe de connaître le résultat définitif, pour juger si le procédé employé est défectueux ; si, au contraire, il suffisait aux nécessités les plus habituelles, ses défectuosités seraient assez faciles à faire disparaître.

Nous pouvons vous affirmer, en toute sécurité, que si chaque adhérent du *Concours médical* veut nous autoriser à faire traite sur lui, une fois tous les deux ans, d'une somme semblable à celle que vous nous chargez d'adresser à madame veuve Fichou (à Erquy, Côtes-du-Nord) la somme recueillie suffirait amplement à constituer un fonds de secours qui rendrait de signalés services et éviterait, à tous nos lecteurs, le remords de n'avoir pas obéi à un sentiment élevé, par suite d'une négligence qu'excusent tous ceux qui s'en rendent coupables chaque jour et que nous sommes les premiers à comprendre, puisque bien souvent nous renvoyons au lendemain ce que nous aurions dû faire le jour même. Que de fois ce lendemain ne vient jamais !

A. C.

Nous avons renseigné nos lecteurs sur l'École dentaire, nous leur donnons aujourd'hui les indications essentielles sur

l'Institut odontechnique de France,
3, rue de l'Abbaye.

ÉCOLE ET CLINIQUE DENTAIRES.
SOCIÉTÉ ODONTOLOGIQUE (*Syndicat dentaire*).

L'École dentaire de France entre actuellement dans sa cinquième année d'existence.

Son succès toujours croissant démontre que la création d'un enseignement professionnel sérieux de l'art dentaire en France répondait à un réel besoin, et que ses fondateurs ont compris ce que devait être cet enseignement, en lui donnant un caractère vraiment pratique.

Aussi son conseil scientifique, composé de la plupart des professeurs de la Faculté de médecine, tous membres de l'Institut ou de l'Académie de médecine qui, dès le début, ont patronné cette fondation, est-il la meilleure preuve de sympathie et d'encouragement dont puissent s'enorgueillir les hommes qui en ont été les fondateurs.

Cette fondation, créée par la seule force de l'initiative privée, est, grâce aux sacrifices volontaires et généreux des membres de la Chambre syndicale de l'art dentaire de France (1), digne du plus grand mérite.

(1) La Chambre syndicale de l'art dentaire, fondée en février 1878, est la première société de ce genre, fondée en France. — L'Institut a pour organe la *Revue Odontologique*; pour renseignements, s'adresser au secrétariat général.

Le conseil d'administration, nommé à l'élection, est composé d'hommes honorablement connus dans la profession ; leur valeur et leur passé permettent de compter sur un jugement sain et une direction éclairée.

Le conseil d'enseignement comprend, pour la partie accessoire, des médecins et des chirurgiens ; et pour la partie professionnelle, des dentistes *munis de grades universitaires officiels*, seule garantie indispensable d'un enseignement sérieux. La situation personnelle de ces professeurs, leur expérience appuyée sur une longue pratique et leur valeur reconnue par leurs confrères qui les ont choisis, assure aux élèves une direction sérieuse et en rapport avec les besoins de leurs études.

L'École dentaire, bien qu'ouverte à tous indistinctement, tient, avant tout, au choix de ses élèves dont elle s'efforce de distinguer les aptitudes spéciales. Elle veut que plus tard ils puissent aspirer à être, par leur *éducation aussi bien que par leur instruction*, les premiers dans leur profession. Elle veut que ce soit déjà un honneur que d'être admis dans son sein.

L'enseignement y est technique et professionnel dans l'acception la plus rigoureuse du mot.

Il comprend trois années d'études *indispensables* pour tous les jeunes gens qui veulent obtenir le *diplôme de capacité*.

Le programme de ces études est conçu, non seulement en vue de former des praticiens habiles et instruits, mais aussi pour satisfaire aux garanties professionnelles que l'État pourrait réclamer dans la suite par une réglementation officielle qui chaque jour devient de plus en plus nécessaire.

L'enseignement pratique de l'École dentaire est expliqué et complété par un ensemble de cours théoriques nombreux : cours de physique, de chimie, de pathologie, de thérapeutique, de dissection ; cours de micrographie avec projections qui rendent aussi intéressantes et aussi facilement assimilables que possible les matières enseignées.

Le programme des études ne laisse donc rien à désirer pour tout étudiant soucieux de s'instruire, et celui qui suit régulièrement les cours peut être certain d'acquérir, après *trois années* d'études passées à l'École dentaire de France, les connaissances suffisantes pour s'établir et compter sur ses propres ressources. Il peut désormais se fier à son initiative personnelle et contribuer lui-même au progrès de l'odontologie.

Malgré l'importance du programme, chaque année, de nouvelles additions y sont faites, à mesure que la pratique et l'expérience en indiquent la nécessité.

Au début, à l'école, l'enseignement de la prothèse, qui n'était que théorique, se trouve depuis quelque temps complet par l'ouverture d'un atelier de mécanique dentaire qui permet d'obtenir un diplôme de second degré, celui de *mécanicien-dentiste*.

L'esprit d'examen et de critique, que l'enseignement et la clinique ont introduit pour ainsi dire de force dans la partie médicale et opératoire, sera donc également suivi par la partie artistique et mécanique de l'art dentaire

Nous appelons sérieusement l'attention des futurs dentistes et mécaniciens sur cette branche si importante de notre art, si négligée pourtant dans la plupart des écoles dentaires.

Désormais, les mécaniciens dentistes munis de ce diplôme, seront recherchés de préférence par le chirurgien-dentiste désireux de n'employer que des hommes connaissant véritablement leur art.

Nous pouvons ajouter, sans crainte d'être démentis, que c'est la première fois que l'enseignement spécial est organisé d'une façon aussi sérieuse.

Actuellement, le programme de l'école dentaire de France permet de dire de cette institution qu'elle est, dans notre pays, le centre de l'enseignement et des progrès de l'odontologie.

La clinique de l'école, située au centre du quartier des études, est fréquentée par de nombreux malades : elle est un lieu de consultation précieux pour les étudiants en médecine, aussi bien que pour les médecins, puisque les médecins et chirurgiens des hôpitaux voisins y envoient journellement certains cas intéressants qui se présentent dans leurs services, et pour lesquels ils jugent nécessaire l'intervention des spécialistes. Les élèves sont par cela même assurés d'y trouver le plus vaste champ d'études.

Par autorisation spéciale de M. le Préfet de la Seine, les enfants des écoles municipales viennent y recevoir les soins que nécessite le passage critique de la première et de la deuxième dentition. Elle répond donc à un but essentiellement philanthropique, en même temps qu'elle assure aux élèves une étude sérieuse de l'évolution du système dentaire.

L'installation matérielle est, *sans contredit*, la plus complète : de vastes salles, bien éclairées, sans égales en France et même à l'étranger, contiennent un aménagement considérable de fauteuils. Un musée, une bibliothèque qui s'accroissent de jour en jour, grâce aux dons gracieux de tous les dentistes soucieux de léguer à l'école quelques-uns des cas intéressants qu'ils ont rencontrés dans leur pratique particulière.

But de l'Institut odontotechnique.

La Chambre syndicale de l'art dentaire, fondée en 1878, à laquelle l'Institut doit sa fondation, a pour but d'obtenir la réglementation, par l'État, de la profession de dentiste, afin d'élever en France son niveau scientifique et social.

Dès sa fondation, cette Société se mit au travail et déposa, après avoir été adopté en assemblée générale, entre les mains de M. le Ministre de l'instruction publique, un projet de réglementation. La Faculté de médecine, consultée à son tour par M. le Ministre, a émis un avis favorable et fourni également un projet de réglementation (Voir projet du professeur Le Fort.)

Actuellement, un dernier projet de loi de la réglementation est déposé par M. le Ministre de l'instruction publique et M. le Ministre de la justice ; la Chambre des députés ne peut manquer de se prononcer définitivement.

L'Institut s'est inspiré de ce projet pour fonder une *École* et une *Clinique dentaires*, dont l'enseignement théorique et pratique, établi sur des bases solides, permettra aux élèves de subir les examens qui, ultérieurement, pourront être exigés pour le droit d'exercice.

L'École s'est placée, dès le début, sous le haut patronage et la direction scientifique de professeurs éminents de la Faculté, membres de l'Institut (Académie des sciences et Académie de médecine).

La Clinique, tout en distribuant des soins gratuits aux indigents, est en même temps un centre d'instruction pratique où les élèves dentistes, nous l'espérons, seront autorisés par l'État à faire le stage exigé par la réglementation.

Le niveau scientifique de notre École suivra une marche ascendante et, si les étudiants dentistes étaient, dans l'avenir, obligés de suivre les cours officiels de la Faculté de médecine, elle n'en subsisterait pas moins comme École spéciale d'enseignement professionnel supérieur de l'art et de la science dentaires.

Les résultats qu'elle acquiert ne peuvent manquer de lui faire obtenir la reconnaissance d'utilité publique.

ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR PROFESSIONNEL LIBRE

Institut odontotechnique de France, (Association scientifique et philanthropique), 3, rue de l'Abbaye, Paris, Conseil d'administration 1887 : MM. Dr Andrieu président ; Dr G. Gaillard, vice-président ; Dr Crignier Secrétaire-Trésorier ; Dr Amyot, Off. de S., ; Dr E. Brasseur, Off. de S. Directeur de l'École dentaire de France, Président de la Société odontologique ; Dr Damain ; Dr Dubrac, Dr Ducournau ; Dr Saussine, vice-président de la Société odontologique, Chirurgiens-Dentistes.

Commissaires de surveillance : MM. Hadryan-Bermont; Pourchet, off. de s..

CORPS ENSEIGNANT

Cours pratique du matin, clinique de 8 à 10 heures.

Professeurs de clinique.

Lundi. MM. Gaillard, docteur en médecine.
Mardi. Aguilhon de Sarrau, docteur en médecine.
Mercredi. Saussine (L.) médecin de la Faculté de Paris. Brasseur, médecin de la Faculté de Paris.
Jeudi. Ducournau, chirurgien-dentiste de la Faculté de Lima.
Vendredi. Andrieu, docteur en médecine.
Samedi. Marchandé, docteur en médecine.

Chefs de clinique.

MM. Saussine ; Insall ; W. H. Lawrence ; Ferdinand (Salomon) ; F. Saint-Hilaire ; Anjubault.

Enseignement des divers procédés d'obturation. — Professeur : M. Michaels ; professeur suppléant : M. Deane. ; démonstrateur : MM. Brigiotti et W. Ravel.

Anesthésies. — M. Darin, docteur en médecine de la Faculté de Paris. — Des conférences spéciales sur la pathologie dentaire seront faites en faveur de MM. les Étudiants en médecine, par M. le Dr Aguilhon de Sarrau.

Cours théorique du soir, de 8 à 10 heures.

Lundi à 8 h. Pathologie et thérapeutique générales (Éléments de), par le Dr Ramonat, ex-interne des hôpitaux. — Lundi à 8 h. Anatomie et physiologie dentaires humaines et comparées. Dr Demontporcelet.

Mercredi, à 8 h. Sciences accessoires. — Physique, histoire naturelle, pharmacologie, par le Dr Viron, Pharmacien en chef de la Salpêtrière, préparateur à l'Ecole supérieure de pharmacie. — Mercredi à 9 h. Mécanique et prothèse dentaires, par M. Saussine, M. F. P.

Jeudi à 8 h. Pathologie et thérapeutique dentaires, par M. Pourchet M. F. P. — Jeudi à 9 h. Pathologie et thérapeutique buccales, par le Dr Ramonat.

Vendredi à 8 h. Anatomie et physiologie élémentaires. Dr Demontporcelet.

Dissection sous la surveillance du Dr Demontporcelet, Manipulations chimiques sous la surveillance du Dr Viron, Micrographie, par le Dr Demontporcelet, Préparateurs : MM. Lawrence et Bourg.

Bibliothécaires et Conservateurs du Musée : MM. Crignier et Vizioz, chirurgiens-dentistes.

Laboratoire de prothèse dentaire.

Travaux au laboratoire de l'Ecole, tous les jours de 2 à 6 heures du soir, et les mercredis et samedis de 8 à 11 heures du matin, sous la direction de M. W.-H. Lawrence, chirurgien-dentiste.

BULLETIN DES SYNDICATS ET DE L'UNION DES SYNDICATS

DIRECTEUR : Dr BARAT-DULAURIER

Syndicat des vallées de l'Aisne et de la Vesle

6e *année*, 23e *séance*, 1er *mai* 1888.

Le 1er mai 1888, les membres du Syndicat se sont réunis à Braisne, hôtel de la Croix-d'Or.

Après un déjeuner confraternel, la séance a été ouverte à deux heures précises, sous la présidence de M. Ancelet, président.

Etaient présents ou représentés : MM. Ancelet, Bracou, Lécuyer, de Châteaubourg, Delaporte, Dupré, Deligny, Dulieu, Joffroy, Godart, Gaillart, Woimant, Manichon, Faille.

§

Le président annonce qu'il y a deux nouveaux adhérents à la *caisse d'assurances contre la maladie temporaire*, MM. Woimant et Manichon, ce qui porte à 14 le nombre des adhérents sur 20 membres dont se compose le Syndicat. C'est à son avis un excellent résultat.

§

Le président expose qu'un de ses amis, M. Chesnel, licencié en droit, ancien avocat à Paris, est venu habiter Vailly ; il propose de profiter de son savoir juridique et de le nommer *Conseil judiciaire* du Syndicat. (Adopté.)

§

L'ordre du jour appelle la revision des statuts du règlement et du tarif.

Tous les articles sont successivement votés et le Syndicat vote la réimpression en une seule brochure, à laquelle il sera annexé les statuts la Caisse d'assurances mutuelles. Le nom des membres du syndicat et celui des adhérents à la Caisse d'assurances figureront dans la dite brochure.

Le secrétaire propose de publier en tête la préface suivante. (2e édition) :

« Le Syndicat médical professionnel des vallées de l'Aisne et de la Marne est prospère, il compte 20 membres actifs.

« Les fondateurs MM. Dulieu, Ancelet, Godart Lécuyer, Bracou et le regretté Wimy ne s'attendaient pas à pareil succès.

« Cela prouve qu'il répondait à un véritable besoin.

« Aussitôt sa fondation, il a élaboré les statuts et le règlement qu'il réimprime aujourd'hui avec quelques petits changements reconnus indispensables.

« Ces changements sont minimes, preuve que l'œuvre première était bonne ; elle a été attaquée cependant.

« Le Syndicat ne répondra à ces attaques qu'en citant l'art. 1er : *Les médecins ne réclament d'honoraires que des personnes qui peuvent rémunérer leurs soins.*

« Personne ne soutiendra, j'espère, que les autres ne doivent pas payer leurs medecins.

« Les Associations syndicales ont été créées et ont pris depuis quelques années autant d'importance *parce qu'elles soutiennent d'une façon énergique tous leurs membres dans leurs droits et leur indiquent leurs devoirs.* » (Adopté.)

§

Secret médical. M. Bracou expose que l'admi-

nistration des postes lui ayant demandé un certificat d'incapacité de travail pour un facteur rural, il s'est contenté de donner le nombre de jours d'incapacité de travail, sans spécifier le nom de la maladie.

L'administration le lui réclame, il ne l'a pas encore donné et demande sur cette question, l'avis du Syndicat.

Après en avoir délibéré, le Syndicat, à l'unanimité, considérant que la question du secret professionnel se soulève devant le médecin sous beaucoup de formes différentes, que cette obligation menace de devenir chaque jour pour lui plus tyrannique, qu'il est également exposé à des poursuites et à des condamnations judiciaires, s'il dit quelque chose et s'il refuse de ne rien dire, se range de l'avis suivant du Prof. Brouardel doyen de la faculté de médecine de Paris (1) :

« Il est incontestable que lorsque le médecin donne les indications qui sont demandées par les grandes administrations, les directeurs d'usines, les sociétés de secours mutuels, il viole l'article 358 du Code pénal. »

« Si le malade estime que la dénonciation de la maladie par le médecin a porté préjudice à ses intérêts ou à ceux de sa famille, il peut poursuivre le médecin devant les tribunaux.

« Il y a d'ailleurs un *devoir professionnel absolu* à ne jamais rien révéler. Il ne faut pas qu'au moment de confier les causes de sa maladie au médecin, le malade puisse être retenu par la crainte de la divulgation de sa confidence. Ce serait décider que dans ces conditions les moyens de guérison sont limités et violer la théorie acceptée par la justice elle-même que *ce qui prime tout est l'intérêt de la santé du confident.* »

Le Syndicat approuve donc la conduite de M. Bracou et *décide que dans tous les cas le médecin ne doit jamais révéler la maladie de son client.*

§

Nomination des professeurs dans les écoles de médecine. — Le secrétaire expose qu'il s'est passé dernièrement dans la Marne deux faits scandaleux.

Le premier consiste dans la nomination du Dr Doyen *fils* comme chargé pour l'année du cours de pathologie chirurgicale après la mort du titulaire M. Gentilhomme, alors qu'il n'était pas professeur suppléant, et que le suppléant le Dr Lévêque devait s'attendre à cette succession, étant arrivé là par la voie du concours, tandis que celui qui a usurpé la place ne la tient que du népotisme ou d'un favoritisme de mauvais aloi ; que non seulement le corps des professeurs suppléants, mais l'école tout entière, *tous* ont protesté énergiquement contre un pareil deni de justice et ont envoyé leur protestation au ministre.

Considérant que presque tous les médecins du syndicat font partie de la Société médicale de Reims, que rien de ce qui se passe dans cette ville ne doit leur être indifférent ; qu'au surplus, il y a là une affaire de justice et d'honnêteté professionnelle ; qu'en voyant les choses plus terre à terre, si les suppléants ne doivent pas compter sur la succession des titulaires (promesse de succession en style clérical) leur recrutement ne sera plus possible au grand détriment de l'enseignement médical qui ne sera recruté que parmi les favorisés par leur famille, leur fortune, ou leurs relations, et non pas, parmi ceux qui auront passé devant le jury, ce qui veut dire égalité devant le mérite. Le secrétaire demande que le syndicat proteste de toutes ses forces contre un pareil passe-droit et envoie la protestation à l'union médicale du Nord-Est.

Le syndicat adopte.

§

Nomination des médecins des hôpitaux. — Le secrétaire expose le deuxième fait scandaleux dans le département de la Marne.

Le Dr Palle, suppléant aux hôpitaux d'Epernay depuis 20 ans, chargé *officiellement* de la suppléance de chirurgie depuis plusieurs années en remplacement du Dr Rousseau, mort à 91 ans, devait s'attendre à la mort de ce dernier à prendre sa place. Pas du tout ; là encore le favoritisme a fait des siennes et a nommé un autre médecin comme titulaire.

M. Palle est vice-président de l'Association de la Marne qui a protesté et a émis le vœu que les administrations hospitalières fussent obligées d'avoir un règlement fixant le mode de succession des médecins et chirurgiens aux places devenues vacantes.

L'Association générale a adopté ce vœu et y a joint un autre vœu présenté par Diday (de Lyon) demandant que toutes les places de médecins d'hôpitaux fussent dorénavant données au concours.

Le syndicat, après en avoir délibéré, proteste énergiquement contre ce déni de justice, s'associe au vœu de la Société du Rhône et, pour empêcher toute coterie, tout népotisme (autant que possible), demande que le concours ait lieu à l'école de médecine du ressort, par les professeurs de ladite école, présidés par un professeur de Faculté.

§

Société de secours mutuels. M. de Châteaubourg expose que, depuis le commencement de 1884, il a donné ses soins aux membres de la Société de secours mutuels de Braisne ; que, jusqu'à ce jour, ses opérations (injections hypodermiques, ouvertures d'abcès, applications du cautère actuel) lui ont été payées sans observation ; que le 11 février de cette année, il a été prévenu par le président de la Société que les applications d'électricité ne lui seraient pas payées pour les soins donnés en 1887 et que désormais la Société ne veut payer aucune opération, même les opérations urgentes.

Le Syndicat, après en avoir délibéré, s'en rapporte à la décision prise dans la séance de juin 1883 ; il considère tout simplement que la Société se substitue aux lieu et place du client et qu'elle doit payer absolument comme lui, d'après les prix de la 3e catégorie du tarif.

§

Assistance publique dans les campagnes.

M. Lécuyer, secrétaire, lit le rapport suivant :

« Le 13 novembre dernier, notre dévoué président et le secrétaire ont assisté, en vertu d'une délégation donnée par vous, mes chers confrères, à l'assemblée générale de l'Union des Syndicats.

Vous en avez vu le compte rendu dans le journal officiel de l'Union, le *Concours médical* ; mais ce que vous n'avez pu voir et ce qui était véritablement réconfortant, c'est la cordialité qui régnait dans les différentes discussions inscrites à l'ordre du jour.

Une des plus importantes questions à l'étude, non seulement au point de vue médical, mais encore au point de vue social, c'est l'assistance publique dans les campagnes.

Comme nous l'a dit dans son discours d'ouverture mon ami et notre collègue le Dr Dupuy, député de l'Aisne et président de l'Union : « Tout ou presque tout est à faire dans cet ordre d'idées, car jus-

(1) *Secret médical*, B. Baillière, éd.

qu'ici rien n'a été entrepris avec une suffisante hauteur de vues, avec esprit de suite, et les classes riches de la société n'ont cessé jusqu'à ce jour de s'en remettre exclusivement ou à peu près à l'inépuisable dévouement des médecins pour les soins que les pauvres de nos campagnes réclament tous les jours. Sans doute nous voulons continuer à prendre notre part, notre large part du fardeau de cette dette sociale que le pauvre avec raison appelle le droit à l'assistance, mais il nous est impossible de le supporter tout entier. Il convient de mettre à l'étude cette grande question, de l'envisager sous tous les aspects, de lui chercher une solution pratique, et, si faire se peut, de préparer des conclusions qui puissent être bientôt converties en lois par le Parlement. »

Après une discussion à laquelle prirent part nos confrères Lardier, Gassot, Leroy, Gauthier, Barat-Dulaurier et Lécuyer, M. Dulaurier proposa le vœu suivant qui fut adopté à l'unanimité :

« L'Union émet le vœu que chaque syndicat fasse connaître l'organisation dans le département auquel il appartient : ces travaux seront soumis à une commission qui les étudiera et présentera à la prochaine assemblée générale un projet complet qui sera soumis au ministre compétent. »

Cette commission dont on me fit l'honneur de me nommer fut convoquée le lundi 9 avril. Vous savez que je m'y rendis et vous avez tous lu dans le *Concours médical* du 14 avril dernier le résultat de 3 heures de discussions bien cordiales quoique très animées.

A cette commission, je lus le travail suivant sur l'organisation de la médecine gratuite dans l'Aisne depuis 1862 jusqu'à ce jour en constatant ses mauvais résultats.

(*Voir ce travail dans le Concours médical du 5 mai*).

§

Vous avez lu, mes chers confrères, les conclusions de la commission qui proclame bien haut, et la liberté du malade et celle du médecin ; vous avez vu combien la médecine graduite fonctionnait mal dans l'Aisne.

Depuis la confection de mon travail, notre aimé président m'a offert une petite brochure publiée par lui en 1862 contre le projet de l'administration et, dût sa modestie en souffrir, je dirai qu'il avait vu juste et qu'il réclamait il y a 26 ans, juste ce que nous réclamons aujourd'hui.

Cette brochure si spirituelle et d'un esprit si français est toute à lire : mais je tiens à citer textuellement ses conclusions.

« La médecine gratuite a été, est, et sera toujours largement pratiquée, par le médecin au profit de l'indigent.

« Il est à désirer que l'état de choses actuel, injuste en somme, trop en désaccord avec nos ressources, puisse enfin être atténué.

« *Le médecin ne saurait accepter d'indemnités fixes, définies en compensation d'obligations élastiques, indéfinies.*

« *Il veut la confiance du malade, par conséquent son libre choix, il veut conserver vis-à-vis de lui sa liberté absolue, ne dépendre que de sa science et de sa conscience.*

« Or le projet en question, ne présentant que des résultats négatifs pour l'indigent, rabaisse notre dévouement par une indemnité dérisoire et donnée à regret, enchaîne notre liberté par l'acceptation d'engagements réciproques très inégaux ; humilie notre dignité dans des conflits sans fin et des contrôles sans nom. » (Ancelet.)

Avant de passer à la discussion des conclusions de la commission de l'Union des Syndicats, je propose de rendre hommage à notre président en prenant pour base de notre discussion ses conclusions. (Approbation.)

Le président remercie le secrétaire de ses bonnes paroles et le Syndicat de sa vive approbation ; il croit être l'interprète du Syndicat en félicitant notre ami Lecuyer de son travail si intéressant.

Il met aux voix les conclusions de son travail de 1862 ; elles sont adoptées à l'unanimité.

Les conclusions de la commission de l'Union sont ensuite mises aux voix et adoptées.

(*Voir le Concours médical du 14 avril.*)

Les points principaux sont :

1° L'obligation du service (loi) ;
2° Liberté du médecin ;
3° Liberté du pauvre ;
4° Rétribution en rapport avec les services rendus ;
5° Service départemental.

En outre, le Syndicat vote en principe le paiement à la visite ; 50 % au-dessous de la 3e catégorie, visites, opérations et déplacements.

Il charge le secrétaire de faire un travail se basant sur le service dans les départements qui l'ont établi à la visite et de le présenter à la première réunion du Syndicat.

§

Le président, avant de clore la séance, croit être l'interprète du Syndicat tout entier en félicitant Lécuyer, notre secrétaire, de sa nomination d'Officier d'académie, bien méritée, et notre collègue Dupré de la mention honorable qu'il a eue de l'Académie de médecine pour un travail sur l'Athrepsie chronique. (Applaudissements.)

MM. Lecuyer et Dupré remercient leurs collègues de ces marques de sympathie. M. Dupré annonce ensuite son départ de Longueval pour Reims, mais il continuera à faire partie du Syndicat. Le président, au nom de tous, lui fait les meilleurs vœux de prospérité.

§

La prochaine séance aura lieu le mardi 26 juin, à midi, chez le secrétaire, à Baurieux.

La chambre Syndicale se réunira également à Baurieux le 12 juin, et fixera l'ordre du jour.

Le Secrétaire-perpétuel.

Dr H. LÉCUYER,
de Baurieux (Aisne).

NOUVELLES

Notre cher collaborateur et excellent ami, M. BARAT-DULAURIER, directeur du *Bulletin des Syndicats*, vient de passer par une terrible épreuve. Sa fille unique a été atteinte, au cours d'une épidémie locale, de fièvre typhoïde grave qui a inspiré les plus vives préoccupations à sa famille et à ses nombreux amis. Elle est aujourd'hui en pleine convalescence. Tous nos confrères se joindront à nous pour adresser à M. Barat-Dulaurier leurs félicitations.

Le Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André, 3

Dixième année **N° 23** 9 Juin 1888

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE

Le musée d'hygiène de la Faculté de médecine.

Depuis longtemps la presse médicale, en tête de laquelle il convient de citer dans cette circonstance le *Progrès médical*, a réclamé la création d'un musée d'hygiène à Paris. Notre confrère, à l'issue des expositions d'hygiène de Genève en 1882, et de Paris (caserne Lobau, 1886), avait exprimé le vœu que les matériaux d'étude rassemblés alors ne fussent pas perdus et dispersés, mais devinssent le point de départ d'un musée contenant les objets indispensables à l'enseignement pratique de l'hygiène.

M. Bourneville pensait avec raison que la ville, en organisant un musée municipal d'hygiène, où des cours fussent faits aux étudiants, aux architectes et à la masse du public, rendrait un service incontestable à la population. Le conseil municipal avait voté, en 1883, un crédit de 16,000 francs pour aménager en musée d'hygiène des bâtiments dépendants du nouvel Hôtel-Dieu; cependant, le projet n'aboutit pas plus que celui d'utiliser dans le même but l'ancienne église de Saint-Julien-le-Pauvre, classée comme monument historique.

C'est la Faculté qui, sous l'impulsion du professeur Proust, a réussi la première à réaliser cette création si utile et qui existe déjà dans plusieurs villes de l'étranger.

Le musée d'hygiène se trouve au premier étage des nouveaux bâtiments de l'école pratique, dans la partie qui longe la rue Monsieur-le-Prince, derrière le laboratoire de bactériologie.

On y voit une exposition déjà bien installée, bien éclairée, où se trouvent représentés les appareils de chauffage, de ventilation, les ameublements scolaires, les expositions alimentaires, les modèles des appareils usités dans les principales industries, ce qui est relatif à l'assainissement des habitations et des villes, distribution des eaux potables, évacuation des vidanges, étuves à désinfection, etc. On ne saurait trop encourager la Faculté à compléter cette exposition, les médecins et les étudiants à la visiter et à suivre les cours qui s'y font déjà tous les vendredis.

Les microbes de l'infection puerpérale (1).

On a noté depuis longtemps les relations cliniques de l'érysipèle et de la fièvre puerpérale. M. Doyen fils (de Reims) a conclu, dans un mémoire récent, que le streptococcus découvert par Fehleisen dans l'érysipèle peut engendrer la fièvre puerpérale et inversement ; que c'est le même microbe qui cause les deux maladies. M. Cornil, rapporteur de la commission académique, souscrit, dit-il, d'autant mieux à cette manière de voir qu'il a trouvé constamment le streptocoque dans la fièvre puerpérale. « Toutefois, ajoute-t-il, nous ne devons pas oublier que M. Doléris a décrit aussi des bâtonnets dans la fièvre puerpérale, que MM. Fraenkel, Passet ont fait jouer un rôle aux bactéries saprogènes, que M. Arloing a isolé aussi des bâtonnets dans cette même maladie. Tout en reconnaissant que l'affirmation de M. Doyen est vraie dans l'immense majorité des cas, j'hésiterais à dire que les accidents puerpéraux ne peuvent être causés par une autre bactérie que le streptococcus. »

Identité des différentes formes de l'infection puerpérale.

M. Pasteur, le premier, dit M. F. Widal, dans un travail lu à l'Académie, a découvert un microbe en chaînettes dans le pus de l'infection puerpérale.

(1) Académie de médecine, 29 mai.

C'est le même organisme qu'Ogston et Rosenbach ont décrit plus tard dans le pus de la pyohémie chirurgicale sous le nom de *streptococcus pyogenes*.

L'infection purulente puerpérale est donc l'analogue de l'infection purulente chirurgicale : la porte d'entrée seule diffère. L'expérimentation n'a fait qu'affirmer ce que l'observation clinique avait dès longtemps indiqué.

Ce streptocoque de la pyohémie peut-il, dans certaines conditions, déterminer les autres formes de la fièvre puerpérale où la suppuration fait défaut ? Des observations dont l'étude a été faite dans le laboratoire de M. Cornil permettent de répondre à cette question par l'affirmative.

Dans trois cas de fièvre puerpérale à forme septicémique pure, l'examen le plus attentif de l'utérus, de ses annexes et des autres organes ne put nous faire trouver à l'autopsie la moindre trace de suppuration. Des ensemencements faits avec l'utérus, le rein et le foie nous donnèrent cependant des cultures du streptocoque. Les coupes de l'utérus étaient particulièrement instructives. Les vaisseaux sanguins étaient vides de microbes, mais entre les faisceaux musculaires et dans les capillaires lymphatiques apparaissaient des microcoques réunis par deux ou en chapelets sinueux. Les chaînettes étaient disposées comme dans les tissus érysipélateux et, seuls témoins de l'infection, elles semblaient avoir formé dans l'utérus un véritable érysipèle interne.

Dans un cas d'infection puerpérale interne à forme diphthéritique, nous avons constaté les lésions suivantes : des fausses membranes fibrineuses, épaisses, incrustées, difficiles à détacher, ayant l'aspect d'exsudats diphthéritiques du pharynx ou du larynx recouvraient la vulve, la muqueuse du col et du corps de l'utérus. Les veines grosses et petites du muscle utérin étaient pour la plupart remplies de caillots fibrineux blanchâtres partant de la fausse membrane et la pression en faisait sourdre de petits moules de fibrine semblables à ceux que l'on voit sortir des bronchioles de certains poumons pneumoniques. Le péritoine était recouvert de fausses membranes fibrineuses surtout dans sa portion pelvienne. Une *phlegmatia alba dolens* développée aux membres inférieurs n'était sans doute que la continuation de la phlébite des petites veines. Quelques veinules thrombosées rampaient sous la muqueuse gastrique et venaient aboutir à des exulcérations superficielles. Ni dans l'utérus, ni dans le péritoine, ni dans les parenchymes, ni dans les articulations, on ne put découvrir la moindre gouttelette de pus. Les fausses membranes, les caillots, le muscle utérin, le sang ensemencé nous donnèrent pourtant encore des cultures pures du streptocoque. Sur les coupes de l'utérus, les chaînettes étaient visibles au microscope, mais leur topographie était tout autre que dans les cas précédents. Elles manquaient entre les faisceaux musculaires et dans les vaisseaux lymphatiques pour apparaître uniquement dans le caillot fibrineux des veinules thrombosées.

Des coupes de l'estomac pratiquées par M. Letuelle ne lui ont montré des chaînettes que dans le coagulum des veinules malades, serpentant sous la muqueuse.

Ainsi, un seul et même microbe, le streptococcus pyogenes, peut infecter les femmes en couche soit en produisant des suppurations (forme pyohémique), soit en infiltrant les tissus sans amener la moindre réaction histologique (forme septicémique pure), soit en déterminant l'apparition de fausses membranes fibrineuses (forme diphthéritique) ou la formation de caillots dans les veines (phlébite).

Ce même organisme peut-il également donner naissance à l'érysipèle de la peau, que la clinique nous montre avoir des rapports si intimes avec la fièvre puerpérale ?

FEUILLETON

Causerie humoristique sur les petites misères de la profession.

(*Suite et fin.*)

On peut dire que le médecin n'a pas de détracteurs pires que ses malades !

— Et réciproquement on peut dire que les malades n'ont personne qui les gobe moins que les médecins.

— Oui, mais nous avons affaire, nous, à un monde spécial de grincheux pour lesquels tout est matière à chagrin.

« Combien, docteur, me criait Grimblot que j'allais opérer de sa fistule, combien y a-t-il en Franche-Comté de personnes affligées d'une fistule à l'anus ? — Je serais fort embarrassé de le dire. Peut-être cinq ou six !.. — Mettons six, beuglait cet enragé ; et dire que sur un million d'individus, je suis un de ces six misérables ! Misère de moi !... Et Grimblot serrait les poings.

Ils sont grincheux et ils se regimbent contre la Providence, sauf à s'en prendre en fin de compte à ceux qui les assistent.

Hein ! vous disent-ils souvent, vous m'aviez promis qu'après huit jours, j'irais mieux. En voilà dix d'écoulés, et c'est toujours la même chose ! C'est plus long que vous n'aviez dit !

Et encore, ce disant, voilent-ils leur pensée dont ils atténuent l'expression par un reste de convenance.

***

Nous avons à souffrir, non seulement de l'égoïsme et de l'humeur malplaisante des gens, mais encore de leur sottise.

L'autre jour, un riche fermier m'arrête en chemin. « Comme ça se trouve bien, Dr Kœnig ; je voulais aller chez vous. Figurez-vous que ma femme se trouve avoir perdu son lait. Qu'est-ce qu'elle pourrait prendre pour le faire revenir ? Il doit y avoir des remèdes pour cela ? Quelque bonne tisane, des racines, des ingrédients enfin, qui sont employés dans ces cas-là ?... Voyons ! ça arrive tous les jours qu'une vache est piquée des hirondelles et qu'elle tarit ; et on ne manque pas de moyens pour la remettre au lait !... Comment ! vous

Entre le streptococcus pyogenes et celui décrit par Fehleisen dans l'érysipèle, il n'existe aucune différence morphologique. C'est à tort que l'on a décrit les chaînettes du premier comme formées de grains plus volumineux, plus inégaux et moins nombreux. Les deux microbes peuvent revêtir cet aspect que nous avons pu faire naître à volonté en variant le terrain et la température des cultures. Leurs conditions de développement et la forme de leurs cultures sont également identiques.

Pour Fehleisen, l'inoculation dans l'oreille des lapins fournirait un caractère certain de différenciation. Le streptocoque de l'érysipèle serait seul capable de produire la plaque érisypélateuse; le streptocoque pyogène ne pourrait produire que la suppuration. Dans une communication récente faite à l'Académie, M. Doyen n'a pas confirmé cette opinion et de ses expériences il conclut que le streptocoque puerpéral, celui de l'érysipèle ou celui du pus semblent un seul et même organisme à manifestations variables qui donnerait tantôt la suppuration, tantôt la plaque érysipélateuse.

Nous avons souvent inoculé dans l'oreille du lapin le streptocoque de l'infection puerpérale et comme Doyen, nous l'avons vu déterminer indifféremment une plaque érysipélateuse ou de petits abcès. D'autre part, dans le pus d'un érysipèle ayant suppuré, au cinquième jour, nous avons, avec M. Chantemesse, isolé seulement un streptocoque en tous points semblable à celui de l'érysipèle. Dans ce cas le même organisme semble avoir été cause de la plaque d'érysipèle et du foyer de suppuration.

Des faits expérimentaux que nous avons mentionnés, on peut tirer les conclusions suivantes :

1° Entre le streptocoque de l'infection puerpérale et celui de l'érysipèle il n'existe jusqu'à présent aucun caractère distinctif, et, dans l'état actuel de la science, il serait impossible à un expérimentateur de distinguer l'un ou l'autre de ces organismes.

2° Le streptococcus pyogenes suffit à produire différentes formes de l'infection puerpérale et le polymorphisme des lésions qu'il occasionne est un des points les plus intéressants de son histoire.

Il est exceptionnel qu'un microbe différent du streptocoque, trouvant une porte d'entrée dans la plaie utérine ou vaginale, puisse déterminer une infection chez les nouvelles accouchées. Depuis plus d'une année que nous étudions les microbes rencontrés à l'autopsie des femmes mortes de fièvre puerpérale, dans un cas seulement à forme hyperpyretique (43° avant la mort), n'ayant pas trouvé le streptocoque, nous avons isolé des organes à l'état de pureté un bâtonnet. Cet organisme est virulent pour les animaux et détermine chez eux des suppurations rapides et étendues.

Dans une courte discussion qui a suivi la communication de M. Widal, M. Peter a déclaré qu'il considérait la fièvre puerpérale pyohémique comme plus grave que la forme septicémique ; M. Siredey s'est rangé de cet avis, ainsi que M. Guéniot.

M. Cornil regarde, au contraire, cette dernière comme plus grave, et invoque les études de M. Hervieux à l'appui de cette opinion.

M. Peter critique l'appellation de streptococcus pyogenes appliquée à un même micro-organisme qui ne donne pas toujours naissance à du pus, et qui prend le nom de streptococcus érysipélatis quand on le trouve dans l'érysipèle. M. Cornil reconnaît que la terminologie de la bactériologie laisse beaucoup à désirer, mais c'est une science nouvelle ; et ces défectuosités disparaîtront avec le temps.

De l'épistaxis génitale (1).

Nous avons signalé dans une récente revue, les relations curieuses et multiples qui existent entre la muqueuse nasale et un grand nombre d'effets mor-

(1) Les réflexes d'origine nasale, *Concours médical*, nos des 11 et 18 février 1888.

n'avez rien pour faire revenir le lait aux nourrices ? En voilà une médecine ! à quoi sert-elle alors ? »

Un autre bonhomme vient me consulter pour sa femme qui est au lit. « Vous savez, M. Kœnig, ce n'est pas la peine de vous déranger. Elle a été mouillée dans les champs, et c'est une simple *fourbissure* qu'elle a attrapée.—Une *fourbissure* ? — Oui. — Qu'est-ce que c'est ? — Comment ? Vous ne savez pas ce qu'est c'est qu'une fourbissure ? Pardi, c'est comme qui dirait un sang *fourbu* et gâté, vous savez bien ? Pour lors, nous lui avions fait prendre ce qui est ordonné à ceux qui ont le sang gâté, vous savez bien ? — Ma foi, non ! — Comment vous ne savez pas cela non plus ? Eh ! pardi c'est du sang de vierge, quoi ! nous lui en avions donc fait prendre avec de l'arnica, et ça n'a rien fait... Qu'est-ce que vous en pensez ? C'est mauvais signe, n'est-ce pas ? »

* * *

En voilà un qui ne croit plus à la médecine. C'est sa bête de femme qui nous a fait venir un peu contre son gré. Des rebouteurs et des médecins du secret qui savent barrer les brûlures et remettre les nerfs en place, ça c'est positif ; on ne peut pas le nier. Mais qu'un régime et des médicaments puissent refaire une santé, c'est ce qu'il n'admettra jamais !..

Par contre, en voici un autre qui a une confiance absolue dans l'efficacité de notre intervention, qu'on ne lui parle pas des charlatans ni du médecin d'à côté, qui traîne les maladies en longueur. Au moins vous ne le laisserez pas mourir, vous, n'est-ce pas ?

Car vous en avez sauvé bien d'autres qui étaient plus malades que lui ! Vous le remettrez sur pied dans quinze jours, si vous voulez.

Ah ! Ah ! M. Kœnig, vous n'avez pas voulu m'ordonner un emplâtre pour mon rhume, vous crie tout haut cet âne de Colbus ; j'ai bien su me guérir tout seul ! etc.

Toutes ces bêtises finissent par vous horripiler et par vous faire prendre en grippe la sottise humaine.

* * *

Si encore à cette sottise une certaine méchanceté ne se mêlait !

Mais quels propos inconsidérés ne nous prête-t-on pas ? Quel rôle ne nous fait-on pas jouer à notre insu ?

« M. le Dr, nous fait en confidence la femme de

bides à distance. M. Joal (du Mont-Dore) vient de mettre en lumière un côté fort curieux de cette question.

Les épistaxis essentielles, idiopathiques, de l'adolescence sont ordinairement attribuées à la pléthore, à l'anémie, à l'arthritisme, aux chutes sur le nez, aux varices nasales. Joal pense qu'il faut faire intervenir dans la production de ces hémorrhagies un autre facteur étiologique qui joue un rôle important au moment de la puberté, le facteur génital, et il soutient que certaines épistaxis sont dues à une excitation des organes sexuels, soit psychologique, soit pathologique ou artificielle.

Il existe dans les fosses nasales un tissu érectile qui est susceptible d'entrer en turgescence et de se déchirer aussi bien à la suite d'une irritation génitale que d'une excitation cutanée, oculaire, intellectuelle. Mais il y a plus, l'influence génitale mérite d'être mise en première ligne ; elle se manifeste d'une façon toute spéciale, avec d'autant plus de facilité et d'activité qu'il existe une corrélation intime, une véritable sympathie entre l'appareil de la reproduction et celui de l'olfaction

Les rapports entre le nez et les organes génitaux ont été connus de tout temps, et les anciens auteurs admettent l'action des parfums, des fleurs, sur les fonctions génésiques; chez certains animaux, l'approche du mâle est sollicitée par les odeurs que dégage la femelle au moment du rut.

D'un autre côté, l'observation clinique montre que l'excitation génitale peut provoquer l'érection des corps caverneux du nez ; certains individus sont pris d'éternuements spasmodiques chaque fois qu'ils pratiquent le coït. Un malade du Dr Joal avait des accès de suffocation d'origine nasale lorsqu'il se livrait avec excès à l'acte conjugal. Certaines femmes ont, au moment des règles, le nez obstrué avec éternuements, sécrétion profuse, ou bien avec toux, migraine, asthme, rougeur de la peau du nez, vertiges, tous symptômes qui ont pour point de départ la turgescence du tissu érectile de la pituitaire.

De plus, John Mackensie a vu chez bon nombre de femmes atteintes de maladies nasales l'affection s'aggraver pendant la période menstruelle. L'abus des plaisirs sexuels influe d'une façon fâcheuse sur les affections du nez existant déjà. Mackensie soutient aussi que la coexistence d'une maladie de l'utérus ou de l'ovaire exerce une action marquée sur la marche de la lésion nasale ; bien plus, l'excitation sexuelle portée au delà de ses limites physiologiques peut créer de toutes pièces un état inflammatoire chronique de la muqueuse nasale. C'est ainsi que les masturbateurs invétérés sont exposés au catarrhe chronique, avec écoulement purulent et perversion du sens olfactif.

Le Dr Joal passe ensuite à l'examen de certains faits d'épistaxis qui sont survenus après le coït ; Mackensie, Cloquet, Génié, Isch-Wall ont cité des cas de ce genre ; l'auteur ajoute que la plupart des épistaxis supplémentaires peuvent rentrer dans le cadre des épistaxis génitales ; l'irritation ovarienne et utérine de l'époque menstruelle détermine encore par action réflexe le gonflement des corps caverneux du nez et l'hémorrhagie consécutive ; enfin, il rapporte six observations concluantes d'individus chez lesquels les saignements de nez étaient intimement liés à des pratiques honteuses.

L'onanisme joue donc un rôle important dans la production des épistaxis de l'adolescence ; mais il n'est pas nécessaire de toujours faire intervenir la masturbation, car la seule influence de l'irritation génitale physiologique qui se manifeste au moment de la puberté peut suffire à provoquer des saignements de nez.

Colbus, c'est son ivrognerie qui l'a rendu malade ! Il est rentré dimanche soir abominablement saoul. Mais ne lui dites pas au moins que je vous l'ai dit. Et nous n'avons pas sitôt tourné les talons, qu'elle s'en va sermonner son mari : Ah ! Ah ! le médecin l'a bien dit ! s'il est malade votre homme, c'est d'avoir trop bu ! — Oui, dah ! il a dit ça ? Et de quoi se mêle-t-il ? Je ne l'ai pas envoyé chercher pour me faire de la morale. »

***

Et beaucoup d'autres font comme la femme de Colbus, mentant et prêtant effrontément au médecin leurs idées particulières et jusqu'à leurs fantaisies scientifiques.

S'ils aiment le vin ? le médecin, disent-ils, m'a conseillé d'en boire, parce que ça remontait. S'ils ne l'aiment pas ? il m'a défendu d'en prendre, parce que ça risquait d'échauffer.

Voilà comment nous soufflons souvent le chaud et le froid.

Et quand ils en sont sur le chapitre d'un voisin trépassé !...

Il a bien dit qu'on avait mal fait de le saigner, qu'on aurait dû lui donner d'abord un bon vomitif !

Il a bien dit qu'on n'avait pas connu son mal, que s'il avait été mieux soigné, il ne serait pas mort.

Il a bien dit qu'on était d'un mauvais sang dans cette famille ; qu'on y avait des humeurs ! etc.

Et tous ces propos rapportés sont autant de mensonges, et en tout cas, des perfidies qui ont pour résultat certain de nous mettre à dos, souvent nos meilleurs clients...

***

Pour mettre au pas tous ces clampins, tous ces malades ou infirmes trop exigeants, nous ferions bien — si nous pouvions — de recourir au procédé jadis employé par le vilain Mirc.

— Et ce procédé, quel est il ?

— J'ai lu cela dans un recueil de vieux fabliaux (1) d'où Molière a tiré le sujet de sa comédie du Médecin malgré lui.

(1) *Fabliaux et contes des Poètes français* du XIIe, XIIIe et XIVe siècle.

(*Amsterdam* MDCCLVI tom. 1er.)

MÉDECINE PRATIQUE

LE STYPAGE

Méthode du Dr Bailly, de Chambly (Oise).

Le stypage est une méthode de réfrigération locale qui repose sur l'évaporation rapide du chlorure de méthyle emmagasiné, à l'état liquide, dans un corps spongieux.

La mise en pratique de cette méthode réclame l'emploi :

A. d'une source de chlorure de méthyle (*récipient, siphon, grand ou petit thermo-isolateur*),

B. de tampons spongieux, récepteurs du liquide frigorifère.

C. de pinces isolantes (stypes) destinées au maniement des tampons.

A

On se sert pour contenir le chlorure de méthyle de récipients appropriés, SIPHONS MÉTALLIQUES, résistants, à fermeture hermétique de toutes capacités.

Chaque siphon est surmonté par un bouton moletté qu'il suffit de tourner de droite à gauche pour l'ouvrir, et en sens inverse pour le fermer.

Le jet de chlorure de méthyle qui s'échappe par la tubulure latérale supérieure est reçu sur le tampon qu'on peut imprégner plus ou moins, suivant les cas.

Le chlorure de méthyle, qui bout à — 23° et qui se vaporise avec une grande rapidité, peut cependant être maintenu pendant plusieurs heures, à l'état liquide et à l'air libre, dans un appareil spécial appelé *Thermo-Isolateur* (d'Arsonval et Bailly).

Cet appareil est un récipient transparent, composé de deux tubes concentriques en verre, dans l'intervalle desquels a été fait le vide sec, ces deux tubes étant soudés à leur extrémité ouverte.

Le tube intérieur sert à recevoir le chlorure de méthyle qui se trouve isolé de la chaleur extérieure par le vide sec ; cette condition lui permet de demeurer à l'état liquide sans entraîner, sur le tube extérieur, la précipitation de vapeur d'eau de l'air ambiant, précipitation qui, sur un tube ordinaire simple, se fait à l'état de neige et forme une cause énergique de réchauffement.

On peut ainsi conserver pendant plusieurs heures, en vue d'opérations multiples, le chlorure de méthyle, ou tout autre gaz, liquéfié, devenu ainsi maniable comme un liquide fixe.

B. TAMPONS.

De très nombreux essais ont démontré que le tampon modèle doit être formé d'ouate au centre, de bourre de soie à la périphérie, l'ensemble étant recouvert de gaze de soie.

Il offre l'avantage de s'imprégner facilement de chlorure de méthyle, d'en permettre aisément l'expression, de produire l'abaissement de température le plus rapide (quelques secondes), le plus considérable (— 55° à —60°), le plus prolongé (à l'air libre, 45 à 60 minutes), etc., etc.

Trois spécimens de tampons :

En boule, Ovoïdes, Ovoïdes à baudruche, répondent, sans exception, à tous les besoins.

Les tampons en boule, plus volumineux, sont plus particulièrement réservés aux applications médicales. — Les ovoïdes servent à l'anesthésie locale cutanée. Les ovoïdes à baudruche sont spécialement destinés à l'anesthésie des muqueuses, des surfaces cruentées et suintantes.

L'imprégnation des gros tampons se fait par le jet méthylique direct, à la sortie du petit ou grand siphon ; on peut aussi l'arroser avec le chlorure de méthyle préalablement recueilli dans le thermo-isolateur.

L'imprégnation des petits tampons, et surtout des

La scène est assez grotesque ; il me semble qu'elle aurait bien fait pour terminer la pièce. Mais peut-être que Molière entendait se moquer des médecins, non des malades, étant malade lui-même.

Le vilain ou le campagnard devenu, comme vous savez, médecin par force, après avoir traité par ordre et guéri la fille du roi qui avait une arête au gosier, devint l'objet de l'admiration universelle. On accourut de tous côtés et en foule, les curieux, pour le voir, et les affligés, pour en avoir soulas. Notre homme eut beau protester encore une fois qu'il ne savait rien en l'art de guérir, il ne fut pas cru. Du reste, le roi, le menaçant du bâton, voulait que tout son monde fût guéri.

Le Médecin malgré lui fit allumer un immense brasier dans l'immense cheminée d'une grande salle où il avait fait entrer tous les éclopés, pulmoniques, hydropiques, paralytiques, etc., qui s'étaient rangés en cercle sur des bancs. Tout ce monde, comme vous pouvez croire, suivait avec inquiétude des préparatifs aussi inusités ; d'autant plus que l'étrange opérateur, qui devait les guérir, les regardait avec une fixité troublante.

J'ai fait allumer ce brasier, dit-il à voix basse, mais qu'on entendait bien, parce que pas un de ces misérables ne soufflait — ; *c'est afin de calciner le corps du plus malade dont les cendres me serviront à guérir tous les autres !*... Puis, promenant un regard sur chacun des assistants, comme pour choisir le sujet qui devait servir à ce noble sacrifice, il en avise un qui avait mauvaise figure et qui se cachait dans un coin. *En voici un*, s'écrie le savant Mire, *qui me semble assez malade, et*... —*Merci Dieu*, fait l'autre, je sens bien que je vais mieux ! — *Alors va-t'en* ! *Et toi*, continue-t-il en s'adressant à une autre face de carême ? — *Moi aussi, maître ; je ne souffre plus ! — Sors donc d'ici ! etc.* Et le roi les vit ainsi tous sortir les uns après les autres, contents de s'en aller et chantant bien haut qu'ils étaient guéris.

— Le procédé serait un peu brutal.

— Je n'en disconviens pas..... Nous aurions la satisfaction de les voir trembler !

— Des petites misères de la profession, Dr Kœnig, vous oubliez la plus noire : c'est celle de n'avoir aucun client, d'être un pauvre praticien sans pratiques.

Dr PERRON.

petits tampons à baudruche, se fera plus commodément par le trempage dans le thermo-isolateur.

C. Stypes ou porte-tampons

Deux sortes de stypes suffisent pour tous les cas : 1° Grand stype à lunette, 2° petit stype.

L'un et l'autre peuvent servir à des applications médicales et chirurgicales. Cependant, le grand est plutôt destiné à l'anesthésie médicale des larges surfaces et le petit à l'anesthésie limitée.

1° Le stype à lunette est formé de deux branches (en bois mauvais conducteur de la chaleur) symétriques, appliquées l'une contre l'autre, fixées par un rivet vers leur centre, mais pouvant, grâce à l'élasticité du bois, s'écarter aisément l'une de l'autre, à leurs extrémités libres. D'un côté, les tiges effilées forment une pince droite à mors et en même temps le manche de l'instrument. De l'autre côté, les tiges sont terminées, l'une par une palette circulaire pleine, l'autre par une palette évidée à travers laquelle on fait passer le gros tampon.

Un anneau curseur fixe définitivement le tampon.

2° Le petit stype est formé de deux tiges de bois légèrement recourbées et munies de mors à leur extrémité libre et réunies à l'autre par un rivet. Un anneau curseur arrête et fixe le tampon.

Principaux effets physiologiques du stypage.

Quand on touche pendant quelques secondes successives une portion du derme avec un tampon imprégné de chlorure de méthyle, on voit se produire :

Une décoloration de plus en plus prononcée faisant brusquement place à une tache blanche anémiée, fugace pour commencer, qui prend ensuite l'aspect parcheminé et se creuse en cupule persistante.

L'application étant suspendue, on voit apparaître (signe de la congestion de retour) une coloration rouge de plus en plus vive, et quelquefois un soulèvement de l'épiderme sous forme de vésicules ténues et opalescentes.

Parallèlement à ces phénomènes objectifs s'établit un refroidissement de plus en plus intense, avec anesthésie de plus en plus prononcée, anesthésie qui, par inhibition, peut se produire à distance.

La congestion de retour s'accompagne d'une sensation de chaleur, de cuisson et même de brûlure, suivie quelquefois de démangeaison.

Plusieurs stypages énergiques donnent à la longue, à la peau, une coloration brunâtre à la manière du vésicatoire. Après cette coloration survient la desquamation de l'épiderme.

Une réfrigération plus prolongée serait suivie de tous les effets nocifs de la congélation (Erythème-Vésication-Eschare).

Précautions préalables au stypage.

1. Ne jamais se servir d'un tampon humide.
2. L'imprégner de chlorure de méthyle proportionnellement (peu ou beaucoup) à l'étendue du stypage.
3. Essuyer, étancher, dessécher la surface qui va être stypée.

Stypage.

a. Contre la douleur. — Tenant le stype à la main comme un couteau à découper, on passe plusieurs fois de suite le tampon sur le trajet douloureux en exerçant une pression douce et continue, mais suffisante pour faire sourdre le chlorure de méthyle sur la peau. On voit alors se produire successivement les phénomènes de décoloration cités plus haut.

Sur la face, le cou, le haut de la poitrine, on ne dépassera pas la tache blanche fugace.

Sur les autres parties du corps, en présence de douleurs rebelles, on peut aller jusqu'à la tache parcheminée.

Dans la même séance, on peut toucher plusieurs fois les mêmes points douloureux jusqu'à leur disparition complète.

b. Pour anesthésie locale. — On saisit avec l'extrémité du petit stype, tenu à la main comme une plume à écrire, un tampon, approprié (petit, moyen, grand, à baudruche) ; on l'imprègne de chlorure de méthyle. On le porte directement au lieu d'élection en l'appuyant assez fortement.

Au bout de quelques secondes, on soulève le tampon et l'on aperçoit la tache blanche parcheminée en cupule persistante, signe de l'anesthésie complète. Si la tache n'est pas produite, on replace le tampon et l'on attend de nouveau quelques secondes.

On comprend que, suivant la plus ou moins grande finesse, la vascularisation plus ou moins riche de la peau, l'anesthésie demande un temps variable.

Aperçu des principales applications du stypage

Le stypage, pratiqué isolément, s'applique aux affections douloureuses, quelle qu'en soit l'origine.

Affections névralgiques, rhumatismes, musculaires d'origines diverses.

Considéré comme moyen d'anesthésie, il peut être appliqué sur la peau ou sur les muqueuses *préalablement à l'emploi de l'instrument piquant ou tranchant, préalablement à l'emploi de la cautérisation ignée au thermo-cautère ou au galvano-cautère.*

Affections névralgiques

Maux de dents. — Stypage sur les joues et non sur la dent malade ; le renouveler plusieurs fois, si cela est nécessaire.

Névralgie faciale. — Stypage successif sur le trajet des trois branches principales du tréjumeau en partant de l'oreille. Poursuivre avec un petit tampon les rameaux secondaires.

Plus les névralgies sont récentes, plus elles sont susceptibles d'une guérison rapide et même instantanée.

Dans les névralgies invétérées, pratiquer le stypage plusieurs fois par jour pendant plusieurs jours consécutifs.

Fréquemment, plusieurs heures après un stypage heureux, se produit avec une nouvelle intensité un retour agressif de la douleur. Un nouveau stypage en a raison.

Hémicrânie. — Stypage du cuir chevelu suivant des raies longitudinales faites au peigne.

Migraine. — Stypage du crâne, de la nuque et du creux épigastrique.

Souvent ce stypage doit être prolongé.

La migraine, ou disparaît, ou se trouve de beaucoup diminuée en durée et en intensité.

Névralgie cervico-brachiale. — Stypage énergique dirigé du cou vers l'extrémité du membre. A répéter deux fois par jour jusqu'à guérison.

Se faire indiquer par le malade les points les plus douloureux et les styper successivement.

Névralgie intercostale. — Styper l'espace intercostal du rachis au sternum en s'arrêtant sur les points d'émergence du nerf malade.

Névralgie lombo-abdominale. — Mêmes recommandations.

Névralgie sciatique. — La maladie étant prise à son début, le stypage donne des résultats surprenants.

La névralgie est-elle déjà ancienne ou é tendue aux branches secondaires du sciatique, la réfrigération demeure infidèle, si intense et si prolongée qu'elle soit.

Zonas. — Le zona, pris au début, disparaît en 4 jours, comme éruption et comme douleur. Chaque bouquet d'herpès doit être éteint par un stypage énergique.

Dans les zonas anciens, le traitement est plus long; mais le malade éprouve toujours un soulagement temporaire de 12 à 20 heures par jour.

AFFECTIONS RHUMATISMALES.

Tous les rhumatismes de muscles divers sont justiciables du stypage.

Torticolis. — Styper toute la région latéro-postérieure du cou. Deux stypages par jour.

La guérison s'affirme rapidement.

La douleur étant toujours suspendue temporairement, le malade peut, dans l'intervalle, boire, manger et dormir.

Pleurodynie. — Une seule séance suffit le plus souvent pour déterminer la disparition du rhumatisme des muscles intercostaux.

Lumbagos. — Aucun lumbago, à moins qu'il ne soit secondaire à une affection organique, ne résiste à la réfrigération. Ici le stypage doit être large avec un tampon abondamment chargé; il doit être prolongé jusqu'à disparition de la douleur.

Une ou deux applications suffisent la plupart du temps.

Quelques lumbagos rebelles demandent plusieurs jours de traitement.

AFFECTIONS INTERNES D'ORIGINES DIVERSES.

Gastralgie. — Stypage au creux épigastrique.

Coliques hépatiques. — Stypage de la région hépatique et de tous les points douloureux.

Coliques de plomb. — Stypage de l'abdomen.

Douleurs de la typhlite. — Stypage de l'abdomen au niveau du cœcum.

Coliques néphrétiques. — Stypage du trajet douloureux des reins jusqu'à l'extrémité de la verge et de la région scrotale.

Hydro-pneumo-thorax.—Trois cas ont été traités avec succès par le stypage pratiqué quotidiennement sur tout le côté du thorax.

Paralysie du nerf radial. — Stypage de tout l'avant-bras,du poignet et de la main.

Tétanos. — Stypage pratiqué avec succès le long de la colonne vertébrale et sur les muscles tétanisés. Disparition pendant 12 à 15 heures par jour de toute contraction douloureuse, etc., etc., etc...

EXPLORATION DES RÉGIONS DOULOUREUSES.

ANESTHÉSIE LOCALE.

Aucun procédé ne peut entrer en comparaison avec le stypage pour la production de l'anesthésie locale.

Il permet de pratiquer en quelques secondes l'anesthésie sur une étendue déterminée: point, ligne, surface quelconque, sur la peau, sur les muqueuses, sur les surfaces cruentées, suintantes, ulcérées ou végétantes.

L'insensibilisation peut être mathématiquement limitée, suspendue et renouvelée à volonté, toujours avec la même instantanéité.

Le stypage est d'une application absolument générale si l'on ajoute qu'il peut précéder indifféremment l'emploi de l'instrument tranchant et de la cautérisation ignée.

PRINCIPALES APPLICATIONS.

A. *Opérations qui se pratiquent avec l'aiguille, la lancette et le trocart.*

Injections hypodermiques. — Vaccinations. — Saignées. — Points de suture. — Percement d'oreilles. — Ponctions, — etc...

De la main gauche armée du stype et d'un petit tampon imprégné de chlorure de méthyle, on pratique l'anesthésie pendant quelques secondes sur un point déterminé. Aussitôt après l'apparition de la tache blanche, parcheminée, on pratique l'opération.

B. *Opérations pratiquées à l'aide de l'instrument tranchant.*

Abcès de tous genres et de toutes régions. — Furoncles. — Anthrax. — Phlegmons. — Kystes sébacés. — Loupes. — Lipômes. — Phimosis, — etc. etc...

Si l'opérateur craint de s'égarer avec le bistouri, une raie tracée à l'encre et qui persistera très apparente après le stypage permettra de diriger l'instrument avec sûreté. Les incisions devront toujours être faites couche par couche, de dehors en dedans.

Le tampon ne devra pas être appliqué trop fortement sur les parties enflammées pour ne pas déterminer de douleur par la pression ; il vaudra mieux en prolonger pendant un plus long temps l'action frigorifique.

C. *Opérations pratiquées à l'aide du thermo-cautère.*

L'usage très répandu des *pointes de feu* est singulièrement facilité par l'anesthésie préalable ; la congestion de retour ajoute d'ailleurs son action révulsive (qui pourrait souvent suffire) à l'effet propice de la cautérisation ignée.

Les malades témoignent vivement leur satisfaction au médecin qui leur épargne une souffrance inutile pour leur guérison. Quand ils ont une fois éprouvé les bienfaits de l'anesthésie, ils la réclament toujours impérieusement.

Elle doit être ici pratiquée avec le grand stype et le gros tampon.

La main gauche tient le stype comme un coutcau à découper, le passe légèrement plusieurs fois de suite, sur le tégument, puis le fixe quelques instants à la même place jusqu'à la production de la tache parcheminée à laquelle le tampon en boule donne bien l'apparence véritable d'une cupule régulièrement circulaire. Sur cette surface anesthésiée, la main droite armée du thermo-cautère applique de douze à quinze pointes de feu en quelques secondes. On répète l'opération successivement autant de fois qu'il est nécessaire.

La révulsion consécutive s'accompagne de la sensation d'une brûlure légère qu'atténue la poudre d'amidon ou mieux un stypage général léger.

En quelques minutes, on arrive ainsi, sans que le malade témoigne aucune impatience, à poser de 100 à 500 pointes de feu :

Sur la poitrine, dans la congestion pulmonaire, secondaire de la tuberculose ;

Au niveau des articulations atteintes de tumeurs blanches, d'hydarthrose, d'arthrite chronique ;

Le long des trajets douloureux dans les névralgies invétérées sciatiques, etc....

Le long du rachis chez les tabétiques, etc., etc... *au niveau des bourses, des gaines tendineuses enflammées*, etc., etc., etc.

Le stypage trouve aussi son indication quand il s'agit d'opérations plus importantes au thermo-cautère, telles que fistules à l'anus ; ouverture d'abcès profonds ; de la fosse iliaque ; de la cavité de Retzius ; périnéphrétiques, etc. ; destruction des fongosités ; de ganglions tuberculeux ; etc., etc.

Il appartient d'ailleurs à chaque praticien de juger de l'opportunité de l'anesthésie préalable.

D. *Opérations dermatologiques.*

Ces opérations, suivant les différentes écoles, réclament l'emploi du scarificateur, du galvano-cautère, du racloir et de la curette.

Pratiquée le plus souvent sur la face au niveau d'organes d'une sensibilité extrême, l'anesthésie vient prêter au praticien un précieux concours, qu'il s'agisse de lupus, de chéloïdes, d'acnés séborrhéiques, d'épithéliomas, d'impetigos sycosiformes, d'excroissances végétantes ou verruqueuses, de tubercules, de papillomes, de condylomes, etc., etc.

Il est indiqué de déterminer l'anesthésie la plus complète possible et il n'y a pas à craindre de laisser longtemps en place le tampon.

Sur les surfaces sèches on emploiera les petits tampons ordinaires ; sur les surfaces suintantes, sur les muqueuses, on se servira des tampons à baudruche.

Sur les parties croûteuses, il y aura lieu d'appliquer préalablement des émollients pour en déterminer le ramollissement et la chute.

C'est ici qu'il faudra suivre ponctuellement le précepte donné plus haut : dessécher, étancher les surfaces avant de les styper.

S'il est utile de pratiquer l'anesthésie sur des surfaces très limitées ou dans des parties inaccessibles à un tampon minuscule, on pourra lui substituer l'emploi du pinceau trempé dans le chlorure de méthyle ; c'est ainsi qu'on pourra l'employer dans l'angle de l'œil, à l'ouverture des fosses nasales, à la commissure des lèvres, etc., etc.

Dans les services spécialisés de l'hôpital Saint-Louis où les opérations se pratiquent en grand nombre, il est important d'éviter toute perte de temps.

Un aide qui fasse l'anesthésie est indispensable. Cet aide lui-même trouve la tâche singulièrement facilitée par le thermo-isolateur où le chlorure de méthyle a été préalablement recueilli et dans lequel il trempera ses tampons, comme on le fait d'une plume dans l'encrier.

Le stypage a été employé dans toutes les circonstances médicales, chirurgicales, dermatologiques, qui viennent d'être citées.

Il pourra l'être dans un grand nombre d'autres; c'est affaire à la sagacité des praticiens.

Là où ils prescrivaient l'abstention, où ils ne conseillaient que de vagues moyens de soulagement et de guérison, ils pourront tirer du stypage pour eux-mêmes et pour leurs malades un bénéfice réel.

Le stypage n'est pas donné comme une panacée; il conduit surtout à des succès dans les affections récentes et d'intensité moyenne.

L'avenir dira si l'on a trop préjugé de sa valeur comme moyen thérapeutique.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Réduction des honoraires des médecins des prisons en 1888.

La mesure budgétaire dont se plaint notre confrère est assurément déplorable. Nous ne sommes pas dans le secret des mystères du budget. Mais s'il était donné à un médecin d'y pénétrer un peu avant, il est absolument certain qu'il trouverait sur bien des chapitres, le moyen de faire des économies qui ne porteraient pas sur les traitements de 150 à 300 francs.

Pour ne citer qu'un exemple : il pourrait éplucher la façon dont on ordonne et surveille des dépenses telles que celles de l'*Ecole pratique*. On y a dépensé des millions sur lesquels des sommes énormes ont été gaspillées, et c'est ainsi pourtant.

A. C.

Bonneville, 12 mai 1888.

Mon bien cher Directeur,

Depuis dix-sept ans, je suis médecin de la prison de Bonneville, aux modestes appointements de trois cents francs par année. Or une circulaire de M. le Directeur de l'administration pénitentiaire (secrétaire d'État Herbette) vient m'annoncer que, pour des raisons budgétaires, le traitement des médecins et des ministres du culte était réduit dans les proportions de 300 à 150 fr. C'est-à-dire qu'après dix-sept années de bons et loyaux services un fonctionnaire peut, en guise de gratification, voir réduire ses appointements de 50 %. C'est là, vous en conviendrez, une singulière façon de reconnaître les services rendus. Il est vrai que la circulaire dont je vous adresse la copie fait appel aux sentiments les plus généreux des fonctionnaires ainsi frappés. Je comprendrais qu'on demandât aux médecins des prisons

et aux ministres du culte des sacrifices devant un désastre national comme au lendemain de nos revers. Mais aujourd'hui la nécessité s'en fait-elle impérieusement sentir ? Et ne pouvait-on pas rechercher des économies plus équitables ? Car enfin, si la mesure est générale, peut-elle frapper uniformément tous les médecins des prisons ? Evidemment non ! D'abord, les médecins des grands établissements pénitentiaires ne sont pas atteints. La circulaire se charge elle-même de nous en informer. Ensuite, dans les localités où il n'y a qu'un seul médecin et dans celles où les médecins auront assez de respect de leur dignité pour refuser le service pour une rétribution dérisoire sans courir le risque d'être supplantés par un confrère peu scrupuleux, l'administration sera bien forcée de composer. Donc la réduction de traitement sera répartie d'une façon fort peu équitable. Mais allons, si vous le permettez, au fond des choses et recherchons l'origine de cette mesure.

Vous vous rappelez que, lors du vote du budget dernier à la Chambre, les crédits pour l'indemnité allouée aux ministres des cultes dans les prisons ont été refusés. Je n'ai pas à discuter le vote ; mais très certainement les députés qui ont demandé la suppression de ce crédit n'ont jamais songé à frapper le corps médical des prisons qui n'était pas visé. C'est absolument l'avis du député de mon arrondissement, avec lequel j'en causais hier et qui m'a avoué avoir voté la suppression du crédit des ministres du culte sans se douter que le service médical pût être atteint. Cependant, vous voyez, mon cher confrère, quelle interprétation des vœux de la Chambre l'administration pénitentiaire a cru pouvoir donner et les conséquences fâcheuses pour nous qu'elle entraîne. Je n'ai pas besoin d'insister sur les différences des services religieux et médicaux et de vous démontrer combien le service médical même et surtout dans une petite prison est plus important que le service religieux et combien nos responsabilités sont plus lourdes.

Quant au côté politique de la question, chacun peut l'apprécier selon ses convictions. Pour moi qui suis un républicain de la veille, je trouve la mesure très dure et je ne puis m'empêcher de faire en moi-même des réflexions très amères. C'est à votre estimable journal, qui a pris d'une main si ferme et si courageuse la défense des intérêts des petits et des faibles, qu'il appartient de protester énergiquement contre une mesure attentatoire à la dignité de tous mes confrères des prisons.

Agréez, M. Dr L. GALAIS.

P S. Je vous adresse sous ce pli la copie scrupuleuse de la circulaire de M. le Directeur.

MINISTÈRE de l'intérieur. — RÉPUBLIQUE FRANÇAISE.

DIRECTION de l'administration pénitentiaire. — Paris, 30 avril 1888.

CABINET du Conseiller d'Etat directeur. —

Monsieur le Préfet,

Le retard de vote du budget définitif de 1888 et la nécessité de recueillir tous les éléments de décision qui n'ont été fournis que tardivement pour un certain nombre de départements, n'ont pas permis d'arrêter avant le 29 avril, d'après les crédits fixés par les Chambres, le chiffre des diverses indemnités afférentes, savoir : au service du culte et au service de santé dans tous les établissements pénitentiaires et au service des bâtiments dans les maisons centrales, les pénitentiaires agricoles et les colonies publiques d'éducation pénitentiaire. Il serait superflu de rappeler quelles réductions considérables a opérées la loi du budget à partir du 1er avril 1888 et quelles impossibilités matérielles, quelles déterminations pénibles devaient en résulter sans qu'il pût dépendre de l'administration d'y déroger même dans les situations les plus embarrassantes et en faveur des personnes les plus dignes de sollicitude.

C'est ainsi que la moyenne de 500 fr. pour les ministres du culte et de 600 fr. pour les architectes dans la catégorie si restreinte des maisons centrales et des établissements assimilés ne permettait de grossir l'indemnité sur aucun point, puisqu'il aurait fallu l'abaisser ailleurs encore en proportion. D'autre part, la moyenne de 300 fr. pour le service du culte et le service de santé portant sur toutes les prisons de courtes peines en France et en Algérie, il devenait nécessaire d'abaisser à l'extrême le chiffre d'allocation en nombre de localités pour n'avoir pas à le réduire au delà de toute mesure, dans les postes où le service est le plus chargé.

Dans de telles conditions, donner les satisfactions même les plus désirables, était impossible, et c'est au possible qu'il a fallu se restreindre, en faisant appel au bon vouloir des personnes dévouées à leur tâche Je vous prie, en notifiant les décisions portées au tableau ci-joint, de bien faire apprécier cette situation, comme les nécessités qu'elle impose, et vous voudrez bien faire exprimer, selon les cas, les sympathies et regrets personnels assurément bien justifiés.

Vous aurez soin de m'informer aussitôt de tous faits et questions qui se produiraient à la suite des notifications.

Le conseiller d'Etat dr de l'administration pénitentiaire,

L. HERBETTE.

EXTRAIT des décisions ministérielles du 29 avril 1888. — BUDGET DÉFINITIF DE 1888.

Fixation des indemnités afférentes au service de santé, au service du culte et au service des bâtiments dans les établissements pénitentiaires à partir du 1er avril 1888.

Etablissements.	Service de santé.	Service du culte.	Service des bâtiments.
Bonneville	150 fr.	150 fr.	

MÉDECINE LÉGALE

Responsabilité médicale.

Cours de M. Brouardel

(Suite).

V.

Obstétrique

On connaît la jurisprudence en matière de responsabilité médicale ; il faut voir maintenant quels sont les cas où il y a lieu de poursuivre.

De toutes les branches de la médecine, c'est sans nul contredit, l'obstétrique qui a été le champ le plus fertile en questions de responsabilité médicale.

Il serait trop long d'énumérer ici les circonstances nombreuses qui peuvent donner lieu à des plaintes et à des poursuites judiciaires ; néanmoins, je citerai : la déchirure de l'utérus, la perforation de la matrice par le forceps ou le céphalotribe, l'extraction mal faite du placenta suivie d'une hémorrhagie mortelle, les déchirures de la cloison recto-vaginale ou vagino-vésicale, les opérations césariennes faites mal à propos, les fractures du crâne et des os des membres de l'enfant par le forceps, la contusion de l'œil ou du nerf facial par la même cause, les mutilations telles que la résection d'un bras faite sans nécessité, la céphalotripsie faite alors qu'il n'y a point de rétrécissement qui rende l'accouchement impossible par d'autres moyens, la ligature mal faite du cordon ombilical étreignant une hernie et en amenant le sphacèle, la négligence des soins nécessaires au nouveau-né et les accidents septiques ; tels sont les cas qui ont de tout temps donné lieu à des discussions médico-légales.

Les opérations obstétricales soulèvent quelques grandes questions qui touchent à la morale et à la loi en même temps qu'à la médecine. Une des principales est la suivante : Peut-on exposer ou sacrifier un des deux êtres : la mère ou l'enfant pour sauver l'autre ?

C'est la question qui se pose à l'occasion de trois grandes opérations obstétricales. D'abord l'accouchement prématuré artificiel, si longtemps discuté et qui fut pour la première fois appliqué en France par Stoltz et après lui par Villeneuve à Marseille et Michet à Lyon. Cette opération, consacrée par le succès et légitimée par son but : sauver les deux êtres à la fois, est aujourd'hui généralement acceptée.

L'indication la plus fréquente et aussi la plus importante et la mieux établie de l'accouchement prématuré artificiel est fournie par le rétrécissement du bassin. Pour en préciser l'application, il est nécessaire d'être préalablement fixé avec le plus de rigueur possible sur plusieurs conditions indispensables. Il faut d'abord que l'indication soit bien réelle, il faut ensuite qu'on soit autorisé à croire que l'opération atteindra le but qu'on se propose, qui est de sauver la vie de l'enfant et d'épargner à la mère une opération qui compromet généralement son existence. C'est-à-dire qu'elle ne doit être tentée qu'à une époque de la grossesse, où la viabilité du fœtus est assurée, et seulement dans le cas où le retrécissement du bassin, sans être porté trop loin, est tel pourtant que l'accouchement à terme paraît impossible sans le secours d'une opération sanglante sur la mère ou la mutilation de l'enfant. Telles sont les considérations auxquelles doit se livrer tout accoucheur pour dégager sa responsabilité avant d'entreprendre un accouchement prématuré artificiel.

Une des opérations qui a aussi donné lieu à des controverses est l'hystérotomie ou opération césarienne que personne n'a cherché à contester au point de vue moral et légal. Mais, ici encore, l'accoucheur ne devra pratiquer l'opération qu'avec le consentement formel de la mère et dans les conditions les plus favorables.

Deux indications seules doivent décider le médecin : *l'obstruction indestructible* et le *rétrécissement infranchissable* des voies naturelles de l'accouchement. Lorsque un des deux cas se présentera, l'accoucheur pourra opérer sans crainte d'engager sa responsabilité.

Mais il peut arriver que l'opération césarienne soit refusée par la famille, qu'elle soit impossible, trop incertaine ou inconciliable avec la situation physique de la femme, le médecin alors a-t-il le droit de pratiquer la perforation du crâne sur l'enfant vivant ?

Quand le fœtus est mort, rien ne s'oppose à la céphalotripsie, les instruments n'agissent alors que sur un cadavre et l'opérateur ne doit avoir d'autre soin que celui de sauvegarder l'existence de la mère.

Lorsque l'enfant est vivant et viable, la ligne de conduite à suivre est plus difficile à tracer. On comprend parfaitement avec quelle réserve il faut agir quand on songe à la terrible responsabilité qui pèse sur l'accoucheur qui se décide à pratiquer l'embryotomie sur un enfant vivant. Nulle autre opération de la chirurgie ne lui est assurément comparable sous ce rapport. Celui qui agirait à la légère serait donc excessivement coupable. Il ne faut pas, comme certains l'ont conseillé, attendre que l'enfant ait succombé pour lui perforer le crâne.

Pareille hésitation serait funeste à la mère, sans profit pour l'enfant. Imitant la plupart des accoucheurs parmi lesquels Dubois, Depaul, Pajot et leurs élèves, le médecin ne doit pas hésiter un seul instant à sacrifier l'enfant dans l'intérêt de la mère. Je n'approuve pas non plus l'idée singulière de dégager sa responsabilité en laissant la femme prendre une décision, car c'est infliger une torture trop cruelle pour une mère d'exiger qu'elle soit mise en demeure de se prononcer entre son existence et celle de son enfant. L'accoucheur doit trouver dans sa conscience et dans le consentement de la famille un appui suffisant pour diriger sa conduite.

Après ces considérations sur la conduite du médecin dans les cas graves de la pratique obstétricale, il est, je crois, utile de citer quelques-uns des faits qui ont donné lieu à des poursuites judiciaires.

Celui qui a eu une importance particulière par la gravité du fait et les discussions auxquelles il a donné lieu est sans nul contredit le procès du docteur Hélie de Domfront. En 1825, la femme Foucault, âgée de 34 ans, bien constituée, ayant déjà eu cinq enfants, dont elle avait été naturellement et heureusement délivrée, est prise des douleurs de l'enfantement vers trois heures de l'après-midi. La sage-femme, âgée de 72 ans, attend une douzaine d'heures, les douleurs étaient faibles, pour pratiquer le toucher ; elle sent l'extrémité d'une des mains de l'enfant et elle déclare que l'accouchement ne sera pas naturel et qu'il faut appeler un docteur. Celui-ci arrive au bout d'une heure, et trouve la main droite de l'enfant déjà hors de la vulve jusqu'au poignet, et l'extrémité des doigts de la main gauche engagée dans le vagin ; la main droite, dit-il, était violacée et tuméfiée.

Le médecin avertit le mari de la nécessité de mutiler l'enfant pour sauver la mère. Sans pratiquer d'autre opération, croyant l'enfant mort, il tire le membre supérieur droit de manière à l'amener jusqu'à l'épaule, et le coupe près de l'articulation scapulo-humérale, à 21 millimètres du tronc. Après cette double amputation, introduisant aussitôt sa main droite dans la matrice, il saisit les pieds de l'enfant, et effectuant la version, l'amène en un instant au dehors et le pose par terre à ses pieds. Pendant qu'on s'occupe de la mère, l'enfant se met à crier, on le relève et on s'aperçoit qu'il n'était pas mort. L'accouchement terminé, le médecin s'éloigne sans panser les moignons de l'en-

fant. Au bout de onze heures seulement, un chirurgien fut appelé, il trouva les deux plaies simples, avec peu de suppuration, sans trace de gangrène. Le 37e jour, les plaies étaient entièrement guéries, et l'enfant était en pleine santé.

Le 6 décembre 1825, la mère forme contre le médecin, devant le tribunal de Domfront, une demande en dommages-intérêts.

Le tribunal consulta le 13 juillet 1827 l'Académie de médecine. Une commission composée de MM. Desormaux, Deneux, Gardien et Moreau, professeur d'accouchements, et de M. Adelon, professeur de médecine légale, rédigea un rapport disant que l'opération pratiquée par le Dr Hélie devait être qualifiée, dans l'espèce, « une erreur contre les règles de l'art ». L'Académie, nonobstant le mérite éminent des premiers rapporteurs et l'autorité puissante de leurs noms en matière d'accouchements, rejeta leur décision et commit cinq autres de ses membres, MM. Desgenettes, Dupuytren, Récamier, Itard et Double qui n'étaient point accoucheurs.

Ceux-ci soutinrent le principe de l'irresponsabilité absolue des médecins, hors le cas de dol et le fait particulier disparut devant la question générale : elle conclut en disant qu'il y avait sans doute eu une « *erreur* » qu'il fallait déplorer, mais il n'y avait pas eu de « *faute* » qu'on dut reprendre, l'accoucheur n'était donc pas responsable. Cette décision toute doctrinale ne pouvait affaiblir l'effet du premier rapport, et le tribunal prononça son jugement le 24 septembre 1830. Le tribunal, appréciant l'avis de l'Académie, considérant qu'il ne pouvait prendre pour règle ces avis incomplets où les questions sont élucidées plutôt que résolues, et délibérées sous l'influence de cette pensée prédominante : que les médecins, dans l'exercice de leur profession, ne sont pas justiciables des tribunaux, pour les fautes graves résultant du défaut de science, de l'imprudence ou de quelque cause que ce soit, pourvu qu'il n'y ait pas coupable application des moyens de l'art faite sciemment, avec préméditation, dans des perfides desseins ou des intentions criminelles, pensées que le tribunal ne peut partager......

« En conséquence, condamne le sieur Hélie à « payer à l'enfant Foucault une rente viagère de « cent francs par an jusqu'à ce qu'il ait atteint « l'âge de dix ans et à lui servir ensuite une rente « de deux cents francs par an pendant le restant « de la vie de cet individu. »

Ce procès a fait dire au professeur Pajot que lorsque l'enfant se présentait le bras en dehors de la vulve, il fallait lui dire : « Toi, tu me tends la main pour me demander une pension viagère, » et qu'il ne fallait sous aucun prétexte amputer les membres.

Il existe encore plusieurs autres exemples de fautes excessivement graves commises en obstétricie.

Un accoucheur de Strasbourg, Deisch, en 1741, se faisait remarquer par la cruauté de sa pratique.

Il fit la perforation du crâne sur son propre enfant qui très problablement vivait encore.

Dans 59 cas de sa pratique qu'il rapporte, 41 enfants et 20 mères périrent !

On cite aussi le cas d'un officier de santé qui arracha les intestins de la femme et les coupa, croyant avoir affaire au cordon ombilical.

Toulmouche, par une bienveillance excessive, déclara que le cas était très difficile et l'officier de santé fut acquitté ; mais il fut condamné à 15 jours de prison devant la cour, car il avoua lui-même qu'il était « éméché » au moment où il avait opéré.

Le professeur Brouardel cite un cas où il fut consulté par le procureur de la République ; il s'agissait d'un médecin qui, appelé auprès d'une primipare, obligé d'employer le forceps et brutalisé pour ce motif par un père ivrogne, s'était retiré en laissant les branches du forceps dans les organes génitaux de la femme ; un confrère, appelé ensuite, ignorant ce qui s'était passé, avait refusé de prendre une pareille succession, une sage-femme avait dû terminer l'accouchement. « Ma réponse, dit le professeur, « Brouardel, fut, que dans cette affaire, tout le « monde était à poursuivre : le père pour sa bruta- « lité, les médecins pour leur négligence et la sage- « femme pour son usurpation. »

Lorsqu'on va donc dans une famille où il y a des habitudes alcooliques prononcées du côté du père, si l'on fait souffrir la femme, on suscite des violences qui troublent non seulement la dignité de l'opérateur, mais l'opération elle-même.

« Aussi, dit M. Brouardel, emmenez toujours un « témoin qui pourra d'une part, maintenir le père, « et, d'autre part, prendre acte de ses faits et « gestes. »

Si l'on est commis comme expert par le tribunal pour juger dans un cas d'accidents infectieux, il faut se souvenir que la méthode antiseptique est toute récente et qu'actuellement *une certaine génération* de médecins est trop loin de l'école pour que son éducation ait été suffisante.

En obstétrique, plus que partout ailleurs, le médecin doit agir avec perspicacité, car il assume une lourde responsabilité dans tous ses actes. Il faut que sa conduite réponde à cet idéal élevé si bien exprimé par Levret : « L'exellence de l'art de l'ac- « coucheur consiste à sauver deux individus à la « fois. »

J. Dayéo.

(*A suivre.*)

BULLETIN DES SYNDICATS

ET DE

L'UNION DES SYNDICATS

Directeur : Dr BARAT-DULAURIER

Les médecins et les commissions administratives des hospices.

Cher Confrère,

Vous savez quelles circonstances pénibles m'ont empêché pendant trop longtemps de collaborer aussi activement que je l'aurais souhaité à la propagande confraternelle à laquelle vous vous êtes dévoué. Aujourd'hui je rentre dans le rang et viens reprendre ma place au milieu de tous ces confrères qui à votre suite et à votre exemple cherchent à développer dans la famille médicale les sentiments de bonne confraternité et de solidarité professionnelle qui doivent étroitement nous unir.

Depuis déjà longtemps j'aurais dû répondre à un confrère qui, médecin d'un hôpital pendant plus de vingt ans, après avoir fait son service d'une façon absolument irréprochable pendant toute cette longue période, a vu son poste dédoublé pour faire place à un nouveau venu. Notre confrère, non pas dé-

possédé, mais amoindri, nous demande quelle ligne de conduite doit être tenue en cette circonstance.

Si déjà il a pris une détermination irrévocable, notre réponse à sa question est pour lui sans objet, mais son cas n'est pas isolé ; il s'est répété déjà un certain nombre de fois, sur différents points, à notre connaissance, et certainement il se présentera de nouveau, car les mêmes causes ont partout les mêmes effets et ces tracasseries mesquines que certaines commissions hospitalières font subir au médecin, leur auxiliaire le plus utile et le plus dévoué, ont toutes pour point de départ l'invasion par la politique de tous les domaines auxquels elle devrait le plus rester étrangère. Ce que nous avons à dire peut donc trouver de nombreuses applications. Du reste, c'est un des points qu'aura à traiter la commission supérieure de l'assistance médicale récemment instituée, et dont font partie un certain nombre de nos confrères qui se sont le plus intéressés aux questions professionnelles, notamment nos amis MM. les docteurs Gibert, du Havre, et Lardier, de Rambervillers.

Une fois chargé par une commission administrative d'Hôpital de diriger un service hospitalier, le médecin, à moins de faute grave, et à moins de règlements spéciaux, reste, pour ainsi dire, indéfiniment à son poste. La commission administrative qui l'a désigné ne peut pas le révoquer : c'est au préfet qu'appartient ce droit, sauf recours au ministre compétent. Mais dans les petites localités surtout, les passions politiques poussent trop souvent les administrateurs d'hôpitaux et les médecins dans les camps les plus opposés ; d'autres causes d'inimitié personnelles peuvent aussi surgir à l'occasion de petites rivalités plus ou moins avouables. De telle sorte qu'à un moment donné le conflit éclate d'autant plus violent qu'il a été plus longtemps contenu. Médecins et commission ne s'entendent plus et se font une guerre de tous les instants ; et, comme personne ne croit avoir tort et ne veut, dès lors, céder, il s'en suit que le conflit s'éternise, au grand détriment, disons-le tout de suite, des pauvres malades. Or, que va-t-il se passer ?

Du côté de la commission administrative, nous le savons trop bien, elle multipliera à l'infini les tracasseries et les vexations, elle fera introduire dans son règlement tout ce qu'elle jugera de nature à froisser le médecin qui ne lui plaît plus, bien qu'il plaise aux malades. Elle l'obligera, en un mot, sournoisement, à se retirer, afin de mettre à couvert sa dignité professionnelle. Nous avons vu, l'année dernière, le conflit qui s'éleva, à ce sujet, entre des confrères, membres de l'Association de l'Ain, d'une part, et l'administration hospitalière d'une ville de ce département, d'autre part. La commission modifiait son règlement pour les besoins du moment et, pour faire place à un confrère qui pouvait être très méritant sans doute, mais qui, sans cela, n'aurait pu être casé. L'Association, saisie du fait, crut devoir prononcer l'exclusion d'un de ses membres. Je ne rappellerai pas les détails que nous avons déjà publiés, mais je ne puis m'empêcher de constater que presque partout, malheureusement, il peut se trouver des confrères prêts à revêtir les dépouilles de l'un des leurs et à tomber dans le piège que leur ont tendu des personnages intéressés dont ils deviennent les complices ou les dupes.

Conscients ou non, qu'ils le sachent bien, pour une petite satisfaction d'amour-propre, (il ne saurait guère être question d'avantages pécuniaires), ils ont diminué la considération à laquelle le médecin doit toujours aspirer ; ils se sont amoindris au point de vue moral et l'autorité qu'ils devraient exercer, pour leur propre dignité comme dans l'intérêt des malades, est complètement anéantie. Ils sont devenus les créatures et les complaisants des puissants du jour ; ils sont donc à leur merci.

Mais les commissions administratives peuvent changer, car la faveur populaire est essentiellement variable et le triomphateur d'aujourd'hui sera la victime de demain. De quoi se plaindra alors le médecin à son tour dépouillé d'un poste pour l'obtention duquel il avait peut-être intrigué dans l'ombre ? Le moment du châtiment aura sonné pour lui et il sera mal venu à se plaindre au nom de la dignité médicale outragée.

Le confrère qui se voit diminué, comme celui dont il s'agit au commencement de cet article, doit-il se retirer complètement ou rester à son poste ? Il est extrêmement délicat de répondre à cette question. La solution, en effet, nous paraît dépendre de nuances multiples qu'il est impossible de bien apprécier à distance avec les éléments que nous possédons. Nous l'avons déjà dit : la question de rémunération pécuniaire n'est qu'un accessoire insignifiant, le médecin d'hôpital n'étant jamais payé en raison de ses services. Ce que l'on doit, avant tout, examiner, c'est l'intention des administrateurs ; c'est aussi, et surtout, l'effet moral atteint. En thèse générale, nous sommes peu partisans de démissions qui pourraient paraître amenées par un mouvement de mauvaise humeur et qui, sans avantage aucun pour le médecin, feraient la joie et le bonheur de ses adversaires. Il paraîtrait battu et, partant, amoindri aux yeux du public toujours disposé à ne pas aller au fond des choses et à juger sur les apparences.

Ce n'est pas à dire que nous conseillons de conserver toujours une situation amoindrie. Il est des cas où l'honneur commande de se retirer sous peine de déchéance morale. Mais dans ces cas les indications sont nettes, et le confrère qui s'y trouve ne saurait les méconnaître. Il trouvera sans peine au fond de sa conscience d'honnête homme la règle qu'il devra suivre.

Ce qui ressort bien clairement du fait dont nous venons de nous occuper et de bien d'autres analogues, c'est la nécessité qui s'impose d'organiser, sur des bases nouvelles, l'assistance médicale dans les campagnes et dans les petites localités. Le médecin qui en est l'âme doit être mis à l'abri de toute tracasserie administrative ou autre. Si on veut qu'il fasse dignement son service, on doit mettre sa dignité à l'abri de tous les outrages. Nous connaissons, à ce sujet, les sentiments de nos excellents confrères MM. Gibert et Lardier. Nous les partageons, pour la plus grande partie, et nous espérons bien qu'ils sauront également les faire partager par les autres membres de la commission supérieure.

Dr Ad. Barat-Dulaurier.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret de faire part à nos lecteurs du décès du Dr Larue, de Laval (Mayenne), membre du Concours Médical.

Le Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André,

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE

L'érysipèle et la fièvre puerpérale (1). Formes cliniques et gravité des diverses manifestations du puerpérisme.

La discussion, commencée dans la précédente séance sur le terrain de la microbiologie, s'est continuée sur celui de la clinique.

M. *Hardy* raconte un fait qui lui avait prouvé, avant qu'il fût question de bactériologie, la parenté de l'érysipèle et de la fièvre puerpérale.

Étant médecin de l'hôpital Saint-Louis, il avait à la fois une salle de maladies de peau et une salle de femmes en couches. Les accouchées ayant été prises de fièvre puerpérale, il pensait mettre fin à cette épidémie en les transportant dans la salle des maladies de peau, alors que les malades de cette salle étaient placées dans la salle d'accouchement. Or, si les accouchées se trouvèrent bien de ce changement, par contre, un grand nombre de malades atteintes d'affections cutanées qui avaient des ulcérations contractèrent des érysipèles. Quelques-unes en moururent.

Ce fait a déjà été signalé dans l'article érysipèle de M. Raynaud, qui relate d'autres cas semblables observés surtout en Angleterre.

Tel est le cas de ces deux médecins qui ouvrent ensemble un phlegmon érysipélateux, puis se séparent pour aller faire deux accouchements en des localités fort distantes l'une de l'autre. Les deux accouchées contractent une fièvre puerpérale dont elles meurent.

C'est dans le même ordre d'idées qu'il faut ranger les épidémies d'érysipèles se développant sur des élèves sages-femmes au moment où les femmes qu'elles soignent sont atteintes de fièvre puerpérale.

M. *Hervieux* a rappelé qu'il a démontré : 1° Que l'érysipèle des femmes en couches n'est qu'une des expressions de la *septicémie puerpérale ; 2° L'érysypèle* et la septicémie puerpérale peuvent s'engendrer réciproquement par contagion.

Les études microbiennes sur la septicémie puerpérale peuvent expliquer les cas de contagion vulgaire qui sont le résultat d'une véritable inoculation, mais non les cas dans lesquels un intermédiaire a contagionné une accouchée sans la toucher.

La théorie microbienne ne sera complète, eu égard à la septicémie puerpérale, que le jour où elle aura démontré la pénétration du parasite spécifique dans l'organisme par la voie respiratoire.

On croit généralement que pour la septicémie puerpérale, comme pour toutes les maladies inoculables, la maladie est toujours constituée, avec ses caractères propres, son intensité d'action et son degré de gravité par une seule inoculation ou, pour ne rien préjuger, par une seule introduction du principe septique dans l'organisme. Cela est vrai certainement pour la syphilis, la rage, le charbon, la vaccine, etc. Cela est peut être vrai aussi, quoique moins sûr, pour les fièvres continues ou éruptives, reconnues manifestement contagieuses ; mais cela n'est pas constamment exact pour la septicémie puerpérale.

M. Hervieux a vu souvent, en effet, chez certaines accouchées, dans le cours d'une septicémie qui paraissait en bonne voie, la maladie se reveiller tout à coup sans complication appréciable, avec frisson, fièvre, etc. Maintes fois, ces retours offensifs succédèrent à un toucher pratiqué, après l'examen d'une autre femme gravement atteinte, soit à une exploration faite par un interne venant de prati-

(1) *Académie de médecine*, 5 juin 1888.

quer une autopsie, soit à une injection donnée avec une canule qui avait servi à une autre femme, soit à un pansement fait par une fille de service qui avait soigné des accouchées très malades, etc.

A l'époque où la maternité était le plus cruellement décimée par les épidémies de fièvre puerpérale, il est arrivé souvent que les parents des malades en proie à la septicémie venaient les arracher à ce milieu infecté pour les soigner chez eux.

Or, au grand étonnement de M. Hervieux, souvent ces malades guérissaient chez elles. Elles auraient certainement péri à l'hôpital, parce que de nouvelles inoculations du parasite auraient achevé l'œuvre commencée.

En ce qui concerne le degré de gravité des diverses variétés de septicémie (en donnant ce nom à toute affection puerpérale déterminée par un principe virulent), M. Hervieux admet qu'il n'en est aucune forme qui soit constamment mortelle.

M. Guéniot a dit que la péritonite puerpérale était toujours mortelle. Elle est grave, mais quelquefois curable.

La péritonite généralisée peut faire place à quelque localisation curable, comme péritonite pelvienne, phlegmon iliaque, phlegmon du ligament large, etc., qui peut s'ouvrir en dehors ou dans une cavité. D'autres fois, à la péritonite généralisée, succède une phlegmatia alba dolens, un abcès du sein, un phlegmon des membres, une arthrite purulente, moins grave que la péritonite elle-même.

En ce qui concerne les septicémies puerpérales sans pus, pendant longtemps M. Hervieux a cru, comme M. Siredey, qu'elles n'existaient pas ; il ne le croit plus aujourd'hui, car il en a trouvé des exemples. Cela se produit dans le cas où le poison septique acquiert une exaltation toute spéciale.

L'activité du virus pathogénique est alors si terrible, que l'organisme est foudroyé avant que le travail de suppuration ait eu le temps de s'accomplir. Aussi est-ce en de telles occurrences qu'on observe souvent la mort subite, et qu'on cherche en vain sur le cadavre les vestiges d'une formation purulente, si peu accusée qu'elle soit.

Mais à côté des cas où la virulence excessive de l'agent septique explique l'absence du pus, il y a des cas où la septicémie puerpérale revêt franchement la forme typhoïde. Ces derniers avaient été signalés et décrits par les anciens auteurs et notamment par Paul Dubois. « On ne trouve alors, dit-il, ni péritonite, ni métrite, ni pus dans les vaisseaux, quelquefois un développement remarquable de tout l'appareil folliculaire de l'intestin, mais nulle trace d'inflammation dans les divers organes, ou des traces si légères qu'elles sont insuffisantes pour expliquer la mort. »

Si la forme typhoïde était réservée aux seuls cas décrits par Paul Dubois, assurément on pourrait dire qu'elle est toujours ou presque toujours mortelle; mais il est une lésion dont elle est la manifestation fréquente, c'est la phlébite utérine ; or celle-ci est susceptible de guérir.

Il en est de même de la lymphangite utérine ; l'une et l'autre peuvent, suivant des modes à peu près identiques, se terminer par la guérison, bien qu'elles revêtent souvent dès le début la forme typhoïde. M. Hervieux affirme à nouveau qu'il n'est pas une seule variété de septicémie puerpérale qui soit constamment incurable.

M. *Guéniot* dit que les accidents puerpéraux se présentent sous trois formes distinctes.

La forme péritonitique dans laquelle la péritonite domine, qui peut être limitée en un point restreint du péritoine et guérir, mais qui, lorsqu'elle est généralisée, détermine presque toujours la mort en raison de la grande étendue de la surface suppurante.

La forme pyohémique, dans laquelle le sang est infecté par le pus, à la suite d'une lymphangite ou d'une phlébite, formes également très graves, et qui ne guérit que très exceptionnellement, lorsqu'il y a une limitation de l'empoisonnement sanguin.

Dans la troisième forme, la forme septicémique, la maladie est due à un empoisonnement d'origine extérieure sur lequel nous pouvons avoir de l'influence. C'est une rétention du placenta, un état infectieux de la muqueuse utérine, etc. Nous pouvons agir directement sur le foyer de l'infection, le modifier, en même temps que nous modifions l'état général par des médicaments, le sulfate de quinine en particulier, de telle sorte que ces cas sont curables.

M. *Cornil* regrette qu'il y ait une telle confusion dans la dénomination des accidents puerpéraux. Toutefois, quelles que soient les dénominations que l'on adoptera, fièvre puerpérale, septicémie puerpérale ou autre, on doit admettre qu'à l'autopsie de certaines de ces malades on n'a trouvé aucune trace de pus.

MM. Hervieux, Depaul, Tarnier, en ont cité des exemples ; ils désignent ces cas sous le nom de fièvre essentielle, septicémie essentielle. Les bactériologistes disent tout simplement empoisonnement rapide, très considérable du sang, dans lequel on trouve des streptococcus qui abondent dans l'utérus et divers autres organes, ce qui prouve que, s'il n'y a pas de pus, il y a tout au moins intoxication générale du sang.

M. Cornil admet avec M. Guéniot qu'il y a trois séries de lésions dans les cas de septicémie puerpérale. La septicémie sans pus ; celle où il y a du pus, analogue à la pyohémie avec pleurésie, arthrites purulentes, etc., enfin une troisième sur laquelle M. Widal a insisté, et où l'on trouve la muqueuse utérine couverte de pseudo-membranes et qui s'accompagne de phlébites spéciales caractérisées par la présence d'infarctus au milieu desquels on trouve un grand nombre de micro-organismes. Dans ces cas, l'empoisonnement semble être moins intense.

M. *Charpentier* pense que les formes telles que M. Guéniot les a décrites existent, et que la théorie exposée par M. Cornil n'est pas contradictoire avec elles. Les accidents puerpéraux sont le résultat d'une infection qui évolue différemment suivant la nature du terrain sur lequel elle s'est produite. Cette infection détermine des manifestations tantôt sur le péritoine, tantôt sur d'autres organes, d'autres fois sur tout l'organisme, mais en somme, son dernier

terme est une altération du sang depuis longtemps décrite, puisque dès 1880, Dolcris, dans sa thèse, l'a signalée avec la plus grande netteté.

Les relations entre l'érysipèle et la fièvre puerpérale sont admises par tout le monde.

M. Charpentier a vu une femme qui eut successivement les accidents puerpéraux les plus variés ; péritonisme, épanchement pleurétique, endocardite, et qui finalement se terminèrent par un érysipèle du tronc auquel la malade succomba.

M. *Brouardel* a fait deux fois l'autopsie de malades qui avaient succombé dans les quarante-huit heures, probablement à la suite de tentatives d'avortement. Ces malades avaient une fièvre ardente et il s'attendait à trouver du pus quelque part ; or, il n'en était rien. Dans d'autres cas analogues, le péritoine était plein de pus.

M. *Guéniot* dit que la présence des mêmes micro-organismes sur la muqueuse utérine et dans les viscères prouve que l'on peut faire beaucoup dans l'intérêt des malades, en modifiant par les lavages la face interne de l'utérus. Dans la péritonite vraie ou pyohémie, les choses sont tout autres, et nous sommes pour ainsi dire impuissants.

M. *Cornil* doute un peu de l'efficacité des moyens thérapeutiques que nous pouvons opposer aux formes graves. Il ne faut pas oublier, en effet, que les micro-organismes infectent l'organisme tout entier et non pas seulement la muqueuse utérine.

Ladrerie chez l'homme (1).

Un homme était entré dans le service de M. *Millard* avec une paralysie du membre inférieur droit consécutive à une attaque épileptiforme. Il était absinthique, ce qui suffisait à expliquer d'une façon satisfaisante les accidents en question. Mais en outre on lui trouva sur plusieurs parties du corps des tumeurs peu volumineuses, arrondies, lisses, de consistance cartilagineuse. Le malade avait constaté la première à la joue gauche à la fin de 1887. D'autres se montrèrent en d'autres points pendant que la première s'atrophiait, et parmi les nouvelles quelques-unes disparurent ultérieurement pendant qu'il en apparaissait d'autres.

Cet homme avait mangé beaucoup de porc, et il avait été atteint d'un tænia, dont M. Guyot le guérit.

Une des tumeurs en voie de suppuration fut enlevée, on la trouva remplie de cysticerques. Ces tumeurs sont quelquefois plus profondes qu'on ne croirait; l'une d'entre elles, qui paraissait sous-cutanée, était en réalité sous-aponévrotique.

Au point de vue de la manière dont cet homme a pris les œufs de tænia, on peut faire diverses suppositions. Aucune des personnes de son entourage n'a eu le tænia. A-t-il absorbé les œufs de son propre tænia dont les fragments seraient remontés dans l'estomac et auraient été dissociés par le suc gastrique? Il dit n'avoir jamais vomi de fragments de tænia. On a souvent constaté la coexistence de tænia et de cysticerques chez le même sujet.

Le malade de M. Millard présentait 42 tumeurs, les unes marchant vers la suppuration, d'autres vers la calcification.

On devait se demander si les accès épileptiformes suivis de monoplégie étaient dus à l'intoxication absinthique ou au développement de tumeurs à cysticerques dans la cavité crânienne. Cependant les accès épileptiformes ont suivi chaque fois de très près des excès alcooliques et la rapidité de l'évolution de la paralysie, aujourd'hui très diminuée, s'accorderait bien avec la production d'un léger épanchement sanguin sous-méningé rapidement résorbé.

M. Millard croit devoir réserver jusqu'à constatation de l'évolution ultérieure son opinion définitive sur l'existence possible de tumeurs intra-crâniennes.

M. *Troisier* a rappelé que les tumeurs à cysticerques peuvent être quelquefois confondues avec des lipômes et M. *Sevestre* a cité le cas d'un malade qui avait succombé très rapidement avec une céphalalgie très intense et à l'autopsie duquel on trouva dans les méninges de nombreuses tumeurs à cysticerques. L'une d'elles, ayant suppuré, avait provoqué une méningite purulente. Le diagnostic vrai avait été méconnu.

Spasmes musculaires consécutifs aux lésions articulaires rhumatismales chroniques.

Depuis les travaux de M. Charcot, nous savons que le retentissement des affections articulaires sur la moelle peut provoquer tantôt de la contracture musculaire, tantôt de la paralysie amyotrophique. M. Gilbert *Ballet* a observé plusieurs cas qui lui font admettre que les arthropathies peuvent aussi provoquer du spasme musculaire.

Une femme de 61 ans présentait à chaque moment des accès de spasmes ainsi caractérisés ; bras porté en adduction avec rotation en dedans, et quelquefois inclinaison en arrière, avant-bras en demi-pronation. Main intacte. Les muscles, en état de spasme, étaient modérément durs et la malade n'accusait pas la douleur de la crampe. Les jointures des mains présentaient des lésions très accentuées de rhumatisme chronique ; on percevait des craquements dans les grandes articulations. La durée du spasme était de deux minutes. Facile à distinguer des secousses de la chorée électrique et du paramyoclonus multiple, il diffère des convulsions toniques de l'épilepsie jacksonienne, par son évolution et ses autres caractères cliniques. C'est un spasme fonctionnel intermittent, spécial chez une rhumatisante, et il est naturel de chercher une relation entre ce trouble fonctionnel et la maladie coexistente.

M. Ballet connaît un autre fait de nature à justifier cette opinion. Un homme de 48 ans, non nerveux, mais rhumatisant, présente depuis deux ans des spasmes des masséters qui se produisent chaque jour plusieurs fois pendant la parole ou la mastication. Ces spasmes, plus gênants que douloureux, consistent en crises successives de deux minutes pendant lesquelles les mâchoires sont fortement serrées pendant que de petits mouvements de latéralité causés par la contraction des ptérygoïdiens s'accompagnent parfois de grincements de dents. Par exception la contracture se propage aux muscles abais-

(1) Société médicale des hôpitaux, 8 juin 1888.

seurs de la mâchoire. On constate chez ce malade des craquements dans les jointures des membres et dans l'articulation temporo-maxillaire gauche. (Le spasme est surtout accentué dans le masseter gauche.) Le spasme ne peut être attribué ni à un abus fonctionnel des muscles massétérins, ni à une susceptibilité nerveuse exagérée; il y a donc lieu d'incriminer seulement le rhumatisme.

A l'appui de ces deux faits, M. Ballet invoque encore le cas d'un des membres de la Société, qui, atteint d'arthrite chronique d'une des articulations du tarse, éprouve facilement pendant la marche une contracture du péronier latéral.

Ces faits jettent quelque jour sur la pathogénie des troubles que, depuis Duchenne (de Boulogne), on confond sous la dénomination de spasmes fonctionnels. Tous proviennent de l'excitabilité anormale d'un centre médullaire, mais la cause de cette excitabilité est variable. C'est tantôt un abus fonctionnel (crampe de l'écrivain), tantôt la susceptibilité excessive du système nerveux général (spasmes hystériques), tantôt l'hyperexcitabilité médullaire mise en jeu par une lésion articulaire chronique.

Dans ce dernier cas, l'indication thérapeutique consiste à traiter le rhumatisme chronique pour faire cesser les spasmes.

Traitement des diarrhées chroniques par la poudre de talc.

M. *Debove* a utilisé pour traiter les diarrhées chroniques rebelles à tout autre moyen une poudre inerte administrée à haute dose. Il a choisi la poudre de talc ou silicate de magnésie parce qu'elle est inattaquable aux sucs digestifs, finement pulvérulente et assez douce.

200 grammes par jour suffisent; on les prend délayés dans du lait, qu'on doit, bien entendu, agiter avant de s'en servir (c'est le cas ou jamais d'employer la formule consacrée). M. Debove en a administré jusqu'à 400 et 600 grammes par jour, chez des tuberculeux atteints de diarrhée depuis 3 à 5 mois; il a obtenu ce résultat de remplacer la diarrhée par une constipation opiniâtre. La diarrhée des tuberculeux étant nécessairement récidivante, puisqu'elle est entretenue par des ulcérations intestinales, il faut continuer la médication à doses modérées; non seulement le talc arrête la diarrhée, mais il permet l'administration de substances qui sans cela ne seraient pas supportées, le lait ou même l'huile, dont M. Debove a pu, à certains tuberculeux, faire prendre jusqu'à 500 grammes par jour, de façon à les alimenter de corps gras. M. Debove n'a essayé sa médication ni dans la diarrhée des pays chauds, ni chez les enfants.

La constipation opiniâtre qui succède à la diarrhée n'a pas d'inconvénients chez les tuberculeux, puisque leurs lésions organiques doivent faire inévitablement reparaître la diarrhée et que, un jour après qu'on a cessé l'administration du talc, les selles ne sont déjà plus blanches. La légèreté spéciale du talc ne lui permet pas de séjourner dans les estomacs dilatés et les moindres contractions le font cheminer dans le tube digestif.

HYGIÈNE

Musées et laboratoires d'hygiène. — Champs d'irrigation.

LEÇON D'OUVERTURE DU COURS DE M. LE Pr PROUST recueillie et publiée par M. le Dr A.-J. MARTIN.

Messieurs,

L'hygiène possède une place si considérable aujourd'hui dans les préoccupations publiques, elle revêt un caractère si spécial et tend à prendre, parmi les diverses branches des sciences médicales, une telle autonomie, que son enseignement doit également bénéficier de tous les procédés d'étude qui peuvent être mis à sa portée. C'est pourquoi je m'empresse de vous informer des créations que j'ai pu réaliser cette année, dans le but de compléter l'enseignement de ma chaire; je veux parler du *Musée d'hygiène*, que nous allons inaugurer ensemble dans quelques jours (1), et du *Laboratoire d'hygiène*, qui se construit en ce moment et sera bientôt ouvert. Lorsque mon éminent prédécesseur Bouchardat prit possession de son enseignement, l'hygiène, comme l'avait fait remarquer H. Royer-Collard, était restée stationnaire au milieu du progrès général qui s'accomplissait alors dans les différentes branches de la médecine. Hallé, le premier titulaire de la chaire, s'était borné à en tracer l'histoire; il n'avait véritablement abordé que l'introduction à son étude, et ceux qui lui avaient succédé, au milieu de vicissitudes de tous genres, n'avaient pas fait effort pour constituer à l'hygiène cette unité de direction que lui souhaitait Royer-Collard, cette méthode, cette pensée générale, comme il disait, que ses forces chancelantes ne lui permirent pas de réaliser lui-même. En donnant pour base rigoureuse à l'hygiène, pour fondement de ses recherches, l'étude des causes, Bouchardat a accompli cette grande réforme; il en a conquis le mérite par trente années d'un enseignement, à propos duquel il a pu justement dire qu'il espérait « avoir ouvert une voie féconde en fondant l'étiologie synthétique ».

D'un autre côté, Fauvel ouvrait à l'hygiène une voie nouvelle en montrant, à propos des maladies pestilentielles exotiques, quels services elle peut rendre aux gouvernements et aux peuples. Par la hauteur de ses vues, par la sagacité de ses recherches et de ses observations étiologiques et pathogéniques, par la précision des règles prophylactiques qu'il sut en tirer, il a donné à l'hygiène internationale à la fois un corps de doctrine et des moyens d'exécution qui assurent à son œuvre une place importante dans l'histoire de l'hygiène et à son nom la reconnaissance des peuples.

Grâce enfin à notre illustre compatriote Pasteur, le domaine de l'hygiène s'est élargi dans des proportions jusqu'ici inespérées. Chacune de ses découvertes n'a-t-elle pas une conséquence directe et immédiate au point de vue prophylactique? Toutes ont eu déjà des résultats dont l'hygiène peut revendiquer une grande part. Pasteur ne nous a pas seulement ouvert de nouveaux horizons scientifiques, il a aussi fondé des méthodes de recherches qui nous permettent de déterminer avec une précision plus grande l'influence si complexe des lieux, des milieux et du régime sur la conservation de la santé; il a établi sur une base rationnelle l'étude scientifique et expérimentale des causes de maladies transmissibles et des moyens de s'en préserver.

(1) Voir notre dernier numéro.

Ces progrès successifs ont pour corollaire forcé la création de moyens d'enseignement en rapport avec les modifications qu'ils ont amenées dans les opinions et dans l'étude à la fois scientifique et pratique de l'hygiène. D'autre part, ce n'est pas seulement la mode, mais ce sont aussi les besoins bien compris de notre éducation qui ont donné tant de crédit et de vogue aux leçons de choses. Combien il importe d'en doter également l'enseignement de l'hygiène, on le conçoit sans peine, pour peu que l'on réfléchisse aux multiples exigences de cet enseignement. On l'a dit depuis longtemps, l'hygiène n'est pas une science à proprement parler ; elle constitue plutôt un ensemble de connaissances empruntées à toutes les sciences et acquises dans un but commun, celui de la préservation et de l'amélioration de la santé. Elle emprunte à toutes ; si bien que l'hygiéniste doit apprendre de chacune d'elles ce qui importe au but qu'il poursuit. Et comment s'inspirerait-il des découvertes de la physique, de la chimie, de l'art de l'ingénieur et de l'architecte, de la médecine et de la microbiologie ? s'il ne pouvait s'aider, dans l'acquisition nécessaire de son savoir si étendu, par la vue des objets de ses études, par la démonstration expérimentale, en quelque sorte, des problèmes dont il emprunte les solutions et auxquelles il demande des applications nettes et précises. « De même que l'étudiant, a dit M. Vallin en 1879 dans le premier numéro de la *Revue d'hygiène*, qui se destine à la chirurgie, donne une plus grande attention à l'anatomie et à la médecine opératoire, de même celui qui voudrait suivre la carrière de l'hygiène s'appliquerait surtout à la physiologie et à l'épidémiologie ; les études préliminaires terminées, il visiterait les établissements industriels, les habitations collectives : hôpitaux, casernes, écoles, prisons, pour étudier sur place les questions d'encombrement, d'isolement, de ventilation, de chauffage, d'insalubrité provenant des égouts, des latrines, etc. En visitant les habitations privées signalées à l'autorité comme insalubres il apprendrait à juger, à prévenir ou à corriger ces causes multiples d'insalubrité. Ces expertises sur place, qui sont à l'hygiène ce que la clinique est à l'étude de la pathologie comparée, nécessiteraient une fréquentation des laboratoires de chimie et de pathologie, en rapport sans doute avec ses aptitudes individuelles. L'étude de la statistique médicale et de la législation sanitaire de la France, les voyages ou les missions à l'étranger pour connaître les institutions hygiéniques des autres pays et pour se familiariser avec les exigences et les difficultés pratiques de la police sanitaire internationale, tel serait le complément d'une éducation vraiment professionnelle. »

Le programme que traçait ainsi M. Vallin, il y a plus de dix ans, a toujours la même valeur ; ce programme s'inspirait des résultats obtenus, dans un certain nombre d'établissements créés à l'étranger, dans le but de former des hygiénistes et il s'inspirait aussi des divers modes d'enseignement dont l'hygiène est aujourd'hui l'objet dans plusieurs pays. Quoi qu'il en soit, et si l'on considère, par exemple, quelques-unes des parties de cet enseignement, on conçoit que le chauffage, l'éclairage, l'aération et la ventilation ne se peuvent enseigner et comprendre qu'à l'aide de dessins et d'appareils, de même que les procédés propres à l'étude étiologique et à la prophylaxie des maladies transmissibles ne peuvent être aisément ordonnés et mis en pratique qu'autant qu'on a pu étudier expérimentalement leur raison d'être et leurs conséquences. Je pourrais multiplier ces considérations : vous avez déjà compris tous les services que nous pouvons attendre de l'examen des collections d'appareils, de modèles et de dessins qui se trouveraient réunies dans un musée d'hygiène, de même que le laboratoire d'hygiène permettra de poursuivre expérimentalement l'étude des questions si importantes et souvent si complexes, comme nous venons de le voir, qui font l'objet de l'enseignement dans la chaire qui m'est confiée.

La nécessité d'un musée d'enseignement et d'un laboratoire de recherches, annexés à la chaire de l'hygiène, a été reconnue depuis longtemps à l'étranger. C'est en 1875 que le professeur Max Von Pettenkofer a été nommé professeur d'hygiène à l'Université de Munich et qu'il a pu, dès son entrée en fonction, joindre un laboratoire à son enseignement. Au bout de quelques années, il est parvenu à obtenir la création d'un Institut spécial, qui fonctionne avec une parfaite régularité. Ce magnifique établissement occupe un bâtiment isolé, qui comprend des laboratoires, des salles de cours et de collections, des logements pour les privat-docent attachés à l'Institut à titre d'assistants. C'est ainsi que j'ai pu y visiter, il y a 18 mois : 1° une grande salle de cours pour les leçons de démonstration faites aux étudiants en médecine et en pharmacie et aux aspirants à certaines fonctions administratives, ainsi qu'une petite salle de cours pour l'exposé par des privat-docent de certaines branches spéciales de l'hygiène ; 2° un laboratoire pour la préparation des cours ; 3° un grand laboratoire avec annexes pour les travaux pratiques des aspirants aux fonctions de médecins sanitaires de districts ; 4° deux laboratoires de recherches pour le professeur, les assistants et huit ou dix docteurs ou étudiants plus avancés ; 5° des salles de collections de produits chimiques, d'instruments de physique, d'objets usuels de plans et de modèles ; 6° des logements pour le concierge, les gens de service, les assistants, un cabinet pour le directeur, des magasins et services généraux établis dans un sous-sol bien éclairé, etc. Le personnel de l'Institut se compose, outre deux professeurs et les privat-docents, d'un premier assistant recevant un traitement de 1.500 marks et ayant le logement gratuit, d'un second assistant au traitement de 1.000 marks avec logement, d'un mécanicien au salaire de 1.200 marks et d'un concierge au salaire de 1.000 marks ; les autres dépenses de l'Institut se montent à environ 6.000 marks par an.

Tout, dans ce remarquable établissement, a été aménagé de façon à pouvoir servir à l'enseignement : c'est ainsi que les diverses parties de la canalisation sont facilement accessibles ; dans l'intérieur des bâtiments, on voit partout dessinées sur les murs ou le sol des flèches qui indiquent la place et la direction des tuyaux servant au chauffage ou à la ventilation : dans le sous-sol, le logement du concierge sert à démontrer ce que peut l'hygiène pour l'assainissement d'une habitation ; dans la cour, se remarquent des appareils pour mesurer le niveau de la nappe souterraine, pour mesurer la température du sol et pour l'étude de la diffusion du gaz d'éclairage dans celui-ci. Le grand amphithéâtre des cours est ventilé par un appareil ingénieux, sorte d'aérophore, dans lequel un courant d'eau sous pression fait office alternativement d'injecteur et d'éjecteur d'air par l'intermédiaire des deux branches d'un grand siphon en métal. On voit aussi dans cet amphithéâtre un appareil pour la dé-

monstration de la porosité des divers matériaux de constructions, d'après les recherches si importantes de Pettenkofer sur ce sujet. Dans le musée ou salle des collections, ce sont surtout les appareils qui ont servi aux études de cet éminent professeur qui se trouvent représentés, de même que les procédés employés pour les divers travaux sortis de l'Institut.

Cet établissement a servi de modèle à un grand nombre d'instituts et de laboratoires d'hygiène. C'est ainsi qu'aujourd'hui il existe des instituts de ce genre à Munich, Leipzig, Groningue, Buda-Pesth, Amsterdam, Klausembourg, Tokio, Gratz, Berlin, et des laboratoires d'hygiène dans la plupart des Facultés de médecine. Pour retrouver une organisation de l'enseignement de l'hygiène aussi complète et dotée de moyens d'investigations et d'études aussi nombreux, il faut aller à Berlin où, depuis peu, les Instituts d'hygiène de la Faculté de médecine comprennent : 1° un laboratoire, 2° un musée d'hygiène. L'un et l'autre sont placés sous la direction de M. le professeur Robert Koch, assisté, pour le laboratoire, de sept aides dont un préparateur et deux assistants libres et, pour le musée, d'un sous-directeur. Les deux institutions sont réunies dans les bâtiments de l'ancienne Ecole supérieure industrielle.

Le laboratoire présente les dispositions suivantes: 1° au rez-de-chaussée le logement du concierge et des pièces pour le service ; 2° au premier étage un grand et petit amphithéâtre, des salles renfermant des appareils, modèles et cartes pour le service de l'enseignement, des pièces réservées aux travaux de chimie, diverses salles voisines pour les balances, les recherches spectroscopiques, etc., et, plus loin, l'administration de l'institut ; 2° le second étage est réservé aux recherches microscopiques et bactériologiques ; on y remarque le laboratoire particulier du Directeur, ainsi qu'un grand laboratoire pour les préparations des cours ; viennent ensuite une série de chambres pour des recherches personnelles ; enfin il existe encore à cet étage un laboratoire pour les assistants et un logement pour ceux-ci. Les combles sont en partie occupés par les travaux photographiques.

Quant au *musée d'hygiène*, il comprend un ensemble de 37 salles dont 34 sont seulement occupées actuellement, 16 au rez-de-chaussée et 21 au premier étage ; ces salles sont disposées autour d'une cour centrale sur laquelle elles prennent jour, ainsi que sur la rue en façade et une autre cour en arrière, par de larges fenêtres. L'espace occupé par les salles est d'environ 1,300 mètres superficiels à chaque étage, soit 2,600 mètres en tout. Près de 1300 objets sont disposés dans cet établissement, dont plus de 600 appareils de grandeur naturelle, près de 400 modèles ou plans en reliefs et à des grandeurs variées d'exécution, 200 cartes et dessins et 45 collections spéciales. La plupart de ces objets proviennent de l'Exposition d'hygiène qui a eu lieu à Berlin en 1883 et à la suite de laquelle ils ont été généreusement abandonnés au gouvernement par leurs propriétaires.

Ce musée, on le voit, a une importance considérable. Bien qu'il renferme un certain nombre d'objets qu'on en pourrait retirer et qu'il présente certaines lacunes qu'il sera facile de combler, tel qu'il est, il forme à coup sûr une magnifique collection sanitaire. Composé, pour la plus grande partie, d'appareils et de modèles très soignés, de grandes dimensions, on peut estimer sa valeur intrinsèque à une somme de près de six cent mille francs ; mais au-dessus de cette valeur matérielle il en présente une autre bien plus grande encore, c'est celle d'être parfaitement adapté au but auquel il est destiné, à savoir, de permettre l'appréciation par les hommes compétents et par le public des applications ayant pour but l'entretien et la prolongation de la vie et de la santé.

En Angleterre, une société particulière, qui porte le nom de Sanitary Institute of Great Britain a fondé, depuis un certain nombre d'années, un musée public, sous le nom du célèbre hygiéniste Parkes ; ses collections sont surtout intéressantes au point de vue de l'histoire des procédés d'assainissement des maisons et des villes, qui a été l'objet de tant de travaux considérables dans ce pays ; on y voit aussi une remarquable collection de produits alimentaires. Des salles de conférences et une bibliothèque spéciale attirent un nombreux public, composé en grande partie d'étudiants et de candidats aux divers fonctions sanitaires que peuvent occuper, en Angleterre les médecins, les ingénieurs et les architectes, à la suite d'examens spéciaux.

A Turin, M. le professeur Pacchiotti a installé, grâce à sa propre générosité et à quelques subventions de la municipalité, un musée d'hygiène encore peu développé.

Enfin, en France, les professeurs d'hygiène des Facultés de médecine de province ont cherché à doter leurs laboratoires de quelques collections de produits, d'appareils, de modèles et de dessins qui ne peuvent encore rivaliser avec les installations dont je viens de parler. M. le docteur Bertin-Sans, à Montpellier, est le seul qui puisse donner à l'installation qu'il a pu faire, le nom de musée d'hygiène. M. le docteur Layet pourra bientôt aménager un laboratoire et un musée dans les magnifiques locaux qui lui sont destinés à cet effet dans les nouveaux bâtiments de la Faculté de Médecine de Bordeaux.

Je n'ai pas à vous dire, Messieurs, dans quelle pénurie la Faculté de médecine de Paris s'est jusqu'ici trouvée à cet égard ; je n'avais à ma disposition ni laboratoire, ni musée, ni personnel, ni matériel d'aucune sorte pour mon enseignement. Grâce à l'appui bienveillant et soutenu de M. le Doyen et de M. le Directeur de l'enseignement supérieur, qui ont bientôt apprécié la nécessité d'accorder à l'hygiène des moyens d'étude, j'ai pu obtenir de M. le ministre de l'instruction publique les crédits nécessaires pour l'installation, dans la nouvelle Ecole pratique, d'un musée et d'un laboratoire. Comme je vous le disais tout à l'heure, nous inaugurerons le musée (1) dans quelques jours et le laboratoire sera achevé dans quelques semaines. Ainsi sera complété l'enseignement de cette chaire, dans des conditions qui lui permettront de répondre aux nécessités auxquelles elle a pour mission de satisfaire.

Jamais l'enseignement pratique et démonstratif de l'hygiène n'est devenu plus nécessaire qu'aujourd'hui, alors que nous voyons les questions sanitaires les plus difficiles devenir l'objet de discussions ardentes au sein des assemblées délibérantes. Nous en avons en ce moment même la preuve, à propos de la question de l'*assainissement de la ville de Paris* et du projet de loi qui vient d'être discuté par la Chambre des députés et qui le sera de nouveau bientôt dans le Sénat, afin de continuer sur le ter-

(1) Le musée est actuellement ouvert, 15, rue de l'Ecole de médecine, tous les jours, sauf le dimanche et les jours fériés, de 1 heure 1/2 à 5 heures. Des explications et démonstrations sont faites tous les vendredis, à 2 heures 1/2.

ritoire d'Achères l'épuration des eaux d'égout, telle qu'elle se pratique depuis plusieurs années à Gennevilliers. La question se résume en ces termes, vous le savez : la ville de Paris envoie ses eaux d'égout, par l'intermédiaire de ses collecteurs, sur les bords de la Seine, que faire de ces eaux lorsqu'elles sont arrivées à ce point? Continuer à les déverser dans le fleuve, personne ne le veut plus et à juste raison, puisqu'elles infectent l'eau sur un trajet de plus en plus considérable et que l'une des règles fondamentales de l'assainissement, l'une des moins discutées, est de ne jamais salir les cours d'eau. Vaut-il mieux les dénaturer dans des usines de produits chimiques? Le malheur est que ces usines ne donnent de résultats pécuniaires que si les matières à traiter renferment une faible quantité d'eau et cette condition est, pour des eaux d'égouts, incompatible avec l'assainissement de la maison et de la ville ; de plus, ces usines, même les mieux aménagées et les plus surveillées, répandent des odeurs d'une incommodité telle que les populations riveraines en exigent bien vite la fermeture. Reste la troisième solution : le déversement sur la terre des eaux d'égoût dans des conditions et en quantités telles que des sols perméables et aérés puissent les épurer au fur et à mesure de l'irrigation. C'est ce que la ville de Paris fait depuis vingt ans à Gennevilliers et ce qu'elle demande au Parlement de continuer à faire à Achères sur des terrains offrant les mêmes dispositions générales et avec les mêmes garanties.

Les résultats obtenus à Gennevilliers, quelques-uns d'entre vous les connaissent et nous les examinerons de nouveau ensemble dans l'une de nos excursions du samedi. Aussi bien tout a été dit sur cette question, et, pour vous donner une idée de l'opinion qui domine à l'étranger sur les essais ainsi tentés par les ingénieurs de la ville de Paris (1), je préfère vous entretenir en quelques mots des résultats obtenus par la ville de Berlin dans ses champs d'épuration. Je les ai visités l'année dernière, le lendemain même du jour où j'avais vu l'installation du laboratoire et du musée d'hygiène dont je viens de vous parler : ici, l'étude; là, l'une des réalisations les plus intéressantes des recherches sanitaires. D'ailleurs, ce sont les faits qui jugent nos théories ; c'est en dernier ressort à la pratique que l'on reconnait la valeur de nos recherches. Qu'on me permette d'ajouter que c'est en 1869 que les études ont été commencées pour l'assainissement de Berlin; le plan d'ensemble fut approuvé en 1873 ; sa période d'exécution commença en 1874, et, aujourd'hui, le programme tracé est presque complètement achevé. Or, avant de prendre une décision, les personnes choisies par la municipalité pour préparer le projet ont visité l'Europe; elles sont venues à Paris ; elles ont constaté les premiers résultats obtenus à Gennevilliers. Pendant que nous discutons encore ces résultats et que, dans notre Parlement, une lutte des plus vives dure depuis plusieurs années pour permettre d'étendre ces mêmes résultats à quelques centaines d'hectares de plus, la ville de Berlin a déjà irrigué 3,182 hectares et presque terminé toute son œuvre d'assainissement intérieur et extérieur ! Du même coup, elle a diminué la mortalité dans les quartiers assainis, en particulier dans les maisons reliées à la canalisation.

A Berlin, l'évacuation de toutes les matières usées se fait à l'aide d'un réseau d'égouts, dont les dimensions varient suivant les besoins et qui reçoivent les eaux des voies publiques, des maisons et des matières de vidange. On a pu ainsi arriver à la suppression des fosses fixes ou des puisards absorbants dans les habitations. Les égouts sont convenablement alimentés d'eau ; en raison de la faible pente du sol, du voisinage de la nappe d'eau souterraine et de la nécessité de n'écouler aucune matière à la Sprée, on a adopté le système dit radial, c'est-à-dire que la ville a été divisée en un certain nombre de districts, conduisant les eaux d'égout à des usines d'où elles sont refoulées sur des champs d'épuration situés en dehors de Berlin. Aujourd'hui, les habitants sont unanimes à réclamer le raccordement de leur maison au réseau général; c'est une dépréciation pour un immeuble de n'être pas raccordé à la canalisation générale.

Sur 19,193 immeubles, composant la ville, 17,495 sont reliées à la canalisation ; ils sont occupés par 1,146,925 habitants, soit 65 par maison. Le cube d'eau journalier refoulé est de 48 litres 45 par habitant.

41,213,696 mètres cubes sont annuellement déversés sur les 3,182 hectares irrigués, dont 3,120 drainés. La ville possède 5,438 hectares en tout dans ses champs d'irrigation. Les dépenses pour le service de l'irrigation sont de 2,102,550 francs et les recettes de 2,039,462 francs; les frais de premier établissement se sont élevés à 22,842,026 francs. Si l'on tient compte de tous les services de l'assainissement, canalisation, amenée et distribution d'eau et irrigation, on arrive à une dépense annuelle, pour Berlin, de 7,136,523 fr. et à une recette de 4,603,499 fr., c'est-à-dire à une dépense nette de 2,523,024 fr.

Les environs de Berlin sont essentiellement sablonneux et arides; ils reposent sur une couche imperméable située à une très faible profondeur, moins de 1 mètre en beaucoup d'endroits, 1 m. 50 en moyenne ; la nappe souterraine s'y trouve à des profondeurs variables, mais généralement faibles. Ces conditions, on le voit, sont bien moins favorables que celles des terrains de Gennevilliers et Achères, si bien que la quantité d'eau déversée à l'hectare n'y est que de 13,423 mètres cubes par an, en moyenne. Néanmoins, elles ont permis à la municipalité de Berlin d'assurer l'épuration par le sol sur divers domaines successivement achetés au sud et au nord de la ville. Actuellement, comme je l'ai dit tout à l'heure, les surfaces possédées par la ville s'élèvent à 5,438 hectares, dont 3,182 sont irrigués ; parmi ces derniers, 3,120 sont drainés ; pendant les premières années, comme le terrain est de sable, on avait cru pouvoir se dispenser de drainer ; il y a eu des stagnations ; aussi, depuis huit ans, a-t-on drainé presque partout, comme on l'a fait à Gennevilliers.

Les champs d'irrigation sont les uns au nord et les autres au sud de la ville ; la distribution d'eau s'y opère à l'aide d'un réseau de conduites maîtresses en métal, avec robinets-vannes de distribution, et de conduites en poterie, la plupart à ciel ouvert, fermées par des vannes en bois ; on cure de temps en temps les fossés ou rigoles ; les dépôts de curage sont vendus comme engrais aux paysans de la contrée.

La plupart des terrains irrigués servent à la cul-

(1) L'un des créateurs de l'irrigation, à Gennevilliers, M. Alfred Durand-Claye, ingénieur en chef des ponts et chaussées, vient de succomber. Nous tenons à consigner ici l'expression des regrets unanimes que cause la perte de cet éminent ingénieur sanitaire.

ture et le reste est disposé en prairies ; les terrains consacrés à la culture courante sont aménagés en raies et billon, comme à Gennevilliers, mais avec des largeurs plus grandes. En général, les récoltes sont remarquablement belles ; tous ceux qui les ont vues ont été frappés de trouver au milieu des plaines arides des environs de Berlin ces magnifiques surfaces verdoyantes, véritables oasis au milieu de déserts de sable. Telle est l'impression qu'ont consignée dans leurs récits, pour ne parler que de nos compatriotes, MM. les docteurs Arnould, Vallin, Richard, A.-J. Martin, MM.A. Durand-Claye, Pitsche, Barabant, et que j'ai éprouvée moi-même l'année dernière en compagnie de M. le docteur Netter.

Toutes les plantes potagères possibles, les céréales de toutes espèces sont cultivées sur ces champs, et même des fleurs, telles que des roses et des violettes. Les prairies permettent aussi de nourrir un certain nombre de bestiaux ; on y compte plus de 300 vaches, 300 bœufs et près de 100 chevaux ; le lait se vend à Berlin et il n'a jamais pu être constaté qu'il ait été la cause d'une maladie quelconque. Les arbres fruitiers réussissent à merveille ; il s'y trouve aujourd'hui 28,000 poiriers et pommiers dont les fruits sont d'excellente qualité ; la pépinière possède plus de 100,000 sujets.

C'est la ville de Berlin qui administre elle-même ses domaines ; il n'y en a que de très petites portions qui soient affermées. Elle y occupe 1,500 à 1,800 personnes dont l'état sanitaire est excellent, ainsi que celui des habitants des villes avoisinantes on n'y a pas constaté un seul cas de fièvre typhoïde ; il y a eu moins de fièvres intermittentes qu'avant l'irrigation. Au surplus, la municipalité de Berlin a fourni une nouvelle preuve de la confiance que lui inspiraient les conditions hygiéniques de ces domaines, en installant sur l'un d'eux, à Malchow, son premier asile de convalescents ; près d'un autre, à Lichterfelde, se trouve l'École des Cadets, dont l'état sanitaire n'a cessé d'être parfait depuis le commencement des irrigations.

L'eau des drains est d'une limpidité parfaite ; le cours d'eau qui les reçoit est très clair. Cette eau a bon goût, et l'analyse chimique et bactérioscopique montre qu'elle est bien épurée. Les analyses faites par M. R. Koch ont montré que la quantité de colonies par centimètre cube y varie entre 3,000 et 2,000 colonies ; elle renferme beaucoup moins de matières organiques et d'ammoniaque ; sa teneur en chlorure n'a pas diminué. Il faut 3 grammes de permanganate de potasse au lieu de 22 à 27 gr. ; on y trouve 1 gramme d'ammoniaque au lieu de 8 à 13 gr.

Les indications que je viens de vous donner vous montrent comment on a réussi, à Berlin, à pratiquer la méthode d'épuration des eaux d'égout par le sol, que la Ville de Paris avait appliquée antérieurement à Gennevilliers. Les mêmes succès ont été obtenus dans beaucoup d'autres villes, telles que Dantzig, Breslau, etc., en Allemagne, en Italie, en Angleterre ; un certain nombre de villes françaises font également de l'épuration dans des conditions plus modestes, mais avec des avantages tout aussi grands pour la santé publique. On sait le pouvoir épurateur considérable du sol ; si l'on veut éviter les inconvénients, il suffit, lorsque le sol choisi a des propriétés épuratrices suffisantes, d'y déverser les eaux d'égouts renfermant les matières usées de toutes espèces, de manière à ce que l'épuration ait le temps de se faire d'une façon absolue et normale ; ce n'est plus alors qu'une question de dose et de durée et les ingénieurs ont tracé, à Gennevilliers et ailleurs, les règles qui doivent être suivies à cet égard. Des expériences bactériologiques deviendront aussi nécessaires pour bien juger la valeur épuratoire d'un sol destiné à l'irrigation.

A propos de cette importante question de l'assainissement qui passionne si heureusement aujourd'hui les esprits, j'ai été amené, Messieurs, à vous raconter ce qu'un récent voyage à Berlin m'avait permis de voir et d'apprendre. Ainsi que je vous le disais, je n'ai pu m'empêcher de regretter que, ce soit en pays étranger que la réalisation d'un projet si bien tracé et depuis longtemps résolu par nos ingénieurs ait pu être effectuée aussi complètement et en aussi peu de temps, alors que chez nous elle est encore en suspens. Vous me permettrez de penser que la création des Instituts et des laboratoires d'hygiène, si nombreux et si largement dotés en Allemagne, n'a pas été sans influence sur la rapidité des décisions intervenues. Ce n'est jamais sans bénéfice que l'on multiplie les moyens d'instruction. A ce titre, l'exemple que je viens d'exposer plaide, il me semble, en faveur du développement du musée d'hygiène et du laboratoire d'hygiène de la Faculté de médecine, aux travaux desquels je vous engage vivement à prendre part.

MÉDECINE LÉGALE

Responsabilité médicale.

Cours de M. Brouardel

Notes rédigées par M. Joseph Davéo.

(Suite).

VI

Syphilis.

La propagation de la syphilis est une question extrêmement délicate dans laquelle la responsabilité du médecin a été plusieurs fois engagée.

Les modes de propagation de la syphilis sont très nombreux ; je n'envisagerai que ceux qui peuvent donner lieu à des poursuites judiciaires contre le corps médical en laissent de côté l'inoculation pratiquée dans un but scientifique qui peut avoir pour les médecins les plus graves conséquences.

Un des cas les plus sérieux de responsabilité, c'est la transmission faite par le médecin lui-même, c'est-à-dire lorsqu'elle est le résultat de sa négligence ou de l'usage d'instruments mal nettoyés tel que sondes, spéculums, daviers, etc.

Fournier cite un jeune homme qui n'avait eu encore aucun rapport sexuel ; opéré du phimosis, il fut contaminé par l'application sur les lèvres de la plaie de serres-fines qui venaient de servir à un malade atteint de chancre.

La circoncision, telle que certaines communautés juives et musulmanes la pratiquent encore, est également susceptible de transmettre la syphilis. Ricord a pu s'en rendre compte à Paris même où il observa une véritable épidémie chez des enfants circoncis par le même opérateur. Celui-ci, en effet, peut la transmettre accidentellement avec ses instruments quand il pratique l'excision du prépuce sur une série d'enfants ; mais le plus grand danger n'est pas là. Il y a des rites religieux suivant lesquels le *mohel*, après la section du prépuce, doit porter à sa bouche l'organe saignant de l'enfant et étancher le sang au moyen de la succion. On est effrayé en songeant aux risques courus par cet opé-

raleur dans certains pays où la syphilis héréditaire, comme en Orient, est si répandue. Il peut aussi fort bien passer la syphilis d'un enfant à un autre par le mécanisme de la contagion médiate et même comme simple colporteur du virus. Cette méthode a été abolie à Paris, grâce à Ricord, qui sollicita cette mesure du Consistoire israélite, mais l'abolition complète est impossible, car il y a du fanatisme dont toutes les religions. On cite un circonciseur, M. Felsenhard, qui a vu sa clientèle diminuer pour avoir remplacé la succion par l'emploi des hémostatiques.

La propagation n'est pas rare non plus en obstétrique; mais ici, le plus souvent, la victime, c'est plutôt le médecin que le malade. Le cas le plus célèbre est celui d'une sage-femme que le tribunal de Brive condamna en 1874 à deux ans de prison et 50 francs d'amende.

Elle avait par son doigt infecté quinze femmes, neuf maris et dix enfants dont trois périrent; avec les cas qui ne furent pas comptés officiellement on évalue à une centaine le nombre des victimes.

Une question qui demande à être envisagée avec certains détails à cause de son cachet d'actualité est celle des nourrices et des nourrissons qui fournissent un si grand contingent à la syphilis.

L'allaitement a été, depuis les origines de la vérole, considéré comme une des circonstances les plus favorables à la contagion. Lusitanus parle d'un nouveau-né syphilitique qui communique la vérole à sa nourrice et, le mal se propageant, neuf personnes furent infectées. Ambroise Paré cite « une nourrice qui avait la vérole et la bailla à l'enfant et « l'enfant à la mère et le mary à deux autres petits « enfants qu'il faisait ordinairement boire et manger et souvent coucher avecque luy non ayant « cognoissance qu'il fust entaché de cette maladie ».

Les dangers de contagion par l'allaitement ont été reconnus par tous les plus fameux syphiliographes; cependant, Hunter nia la transmission de la vérole du nouveau-né à sa nourrice et il gagna quelques partisans à cette erreur que devait plus tard renouveler Ricord. Il faut convenir que ce dernier interprétait mal les chancres trouvés au sein de la nourrice et expliquait ces accidents en accusant la nourrice de se transporter elle-même la maladie des parties sexuelles aux mamelons par l'action de traire ceux-ci à l'aide de ses doigts souillés du virus, chose possible pour le chancre simple, mais impossible pour le chancre syphilitique, puisque le virus de la syphilis n'est pas réinoculable; il supposait encore que les nourrices s'étaient prêtées à des manœuvres telles que l'acte vénérien se serait accompli entre les deux seins, lesquels auraient été directement inoculés par la verge, ce qui peut expliquer le développement exceptionnel d'un chancre de la base du sein, mais non celui des chancres du mamelon ou de l'aréole, de beaucoup les plus fréquents; en d'autres termes, on ne croyait pas, avant que Rollet en eût donné la preuve clinique, qu'au sein comme à la bouche, comme partout, un accident primitif pût procéder d'une lésion secondaire.

Les expériences de Bouchut, Ricord et Fournier démontrent aujourd'hui que la nourrice saine qui reçoit le petit syphilitique est le plus souvent contaminée par le liquide exsudé des lésions buccales, ou par le jetage du coryza et verra se développer un chancre du mamelon; d'un autre côté, la nourrice peut aussi avoir un chancre ou quelque érosion spécifique du mamelon, peut-être même une simple gerçure dont le liquide virulent communiquera à l'enfant un chancre buccal.

Rien n'est plus facile donc que cette contagion de nourrice à nourrisson et vice-versa, les exemples sont innombrables; deux surtout rapportés par Fournier démontrent combien cette contagion peut aller loin.

Une nourrice vérolée entre dans un jeune ménage et donne la syphilis à l'enfant qui lui est confié; l'enfant, dont le mal est d'abord méconnu, transmet la contagion : 1° à sa mère; 2° à sa grand'mère 3° et 4° à deux bonnes, vierges toutes deux et irréprochables; 5° enfin, quelques mois plus tard, la jeune mère infecte son mari.

Dans le second cas, c'est un nourrisson vérolé qui ouvre la série : la nourrice infectée a une iritis et perd l'œil; elle contamine son mari et son enfant qui meurt : un deuxième enfant naît avec la syphilis et meurt également.

La contagion peut encore se faire par la succion du mamelon, comme elle est quelquefois pratiquée sur les nouvelles accouchées pour former le bout du sein ou dégorger la glande. Bourgogne attribue à cette pratique l'épidémie de Condé en 1825, où une matrone, qui remplissait le rôle de psylle auprès des femmes en couches, en contamina 12 ou 15; plusieurs nouveau-nés et après eux des nourrices et d'autres enfants furent infectés dans la suite.

Le danger n'est donc que trop réel, il commande les plus grandes précautions et la prudence la plus attentive. De tristes exemples sont là pour démontrer : qu'il peut y avoir péril pour une femme à donner même une *seule fois* le *sein à un nourrisson* étranger et que l'on expose un enfant à la contagion lorsqu'on permet qu'il tète une nourrice inconnue.

La conduite du médecin est excessivement délicate et sa responsabilité fortement engagée selon qu'il se trouve en présence d'un enfant syphilitique ou d'une nourrice vérolée. Certains avaient proposé de supprimer entièrement les nourrices aux enfants, ne fussent-ils que suspects; mais cette mesure par trop radicale est inapplicable, car, s'il fallait supprimer les nourrices à tous les enfants dont le père a eu la syphilis, on serait dans le cas de voir l'industrie des nourrices — et aujourdhui c'en est une véritable — tomber dans le marasme.

Tout en étant moins radical, il me semble que l'on peut obvier à tous ces inconvénients.

Si l'enfant est manifestement syphilitique, il faut absolument proscrire toute nourrice et avoir recours soit à la mère ou mieux encore à l'allaitement artificiel.

Un fait très remarquable, qui fut mis en lumière par Colles en 1837 et qui ne paraît pas souffrir d'exception, c'est que la mère, saine en apparence, peut sans danger nourrir son propre nouveau-né atteint de vérole congénitale, alors que la contagion est inévitable, si l'enfant est confié à une nourrice étrangère. Diday, en 1784, a démontré que cette immunité de la mère cesse toutefois dans le cas où l'enfant a contracté la syphilis par accident après sa naissance. Les parents peuvent faire des difficultés pour l'allaitement artificiel, mais le médecin devra toujours sortir victorieux. Le professeur Brouardel dit à ce sujet avoir eu recours à une ruse. Ne pouvant ordonner l'allaitement au biberon qu'il avait peu auparavant déclaré mauvais à la famille, il déclara que pour la santé de l'enfant il fallait lui faire téter avec le lait un remède que les chèvres seules pouvaient supporter; la nourri-

ce fut ainsi éloignée indemne et l'enfant nourri à la chèvre.

Le devoir du médecin est de mettre la nourrice à l'abri de toute contagion ; on n'a pas le droit non plus de laisser une nourrice se contaminer volontairement ; ceci paraît assez curieux, mais le cas s'est présenté où la nourrice par amour pour son nourrisson n'a pas voulu cesser l'allaitement ; le médecin fut dans ce cas condamné pour avoir toléré l'allaitement alors qu'il n'ignorait pas la syphilis.

Il ne faut pas croire non plus que le médecin atténue sa faute en soumettant la nourrice, sans le lui dire, à un traitement spécifique qui d'ailleurs n'empêchera pas la contagion.

Très souvent, malgré un examen des plus sérieux, on ne relève chez le nouveau-né aucune trace de syphilis ; ce n'est que deux ou trois mois après la naissance que l'on voit se manifester les accidents spécifiques ; ici le devoir du médecin est de retirer l'enfant à la nourrice immédiatement.

Par un arrêt de la cour de Dijon du 14 mai 1868, il a été jugé que le médecin qui, « appelé à visiter souvent un enfant laisse sciemment ignorer « à la nourrice qui l'allaite que cet enfant est atteint d'un virus contagieux, peut, dans le cas où « ce virus aurait été communiqué à la nourrice, être « déclaré responsable du préjudice causé à celle-ci « par sa réticence. »

Le médecin ne peut pas prétendre qu'appelé à donner des soins à l'enfant seul, il n'avait pas à se préoccuper du danger que pouvait courir la nourrice. « Ce système qui blesse la morale, dit la cour, « ne peut être invoqué contre une nourrice à laquelle « sa situation même impose une confiance nécessaire dans le médecin choisi par la famille de l'en- « fant. »

Le médecin commet donc une faute grave lorsque, choisissant la nourrice destinée à allaiter un enfant infecté, il lui cache la véritable nature du mal.

Ici l'on a soulevé des contradictions en disant qu'en déclarant la véritable nature du mal, le médecin violait l'article 378 du code pénal qui régit le secret professionnel et qui est ainsi conçu :

« Les médecins, chirurgiens et autres officiers de « santé, ainsi que les pharmaciens, les sages-femmes « et toutes autres personnes dépositaires, par état ou « profession, des secrets qu'on leur confie, qui, hors « le cas où la loi les oblige à se porter dénonciateurs, auront révélé ces secrets, seront punis d'un « emprisonnement d'un mois à six mois et d'une « amende de cent francs à cinq cents francs. »

Le fait de dire à une nourrice de cesser l'allaitement d'un enfant n'entraîne pas la violation du secret professionnel ; le médecin, d'ailleurs, n'est pas obligé de donner la raison pour laquelle il ordonne la cessation de l'allaitement. En tout cas, le médecin a un devoir strict envers la nourrice qui est aussi confiée à ses soins et il ne peut faire tourner contre elle l'obligation que la loi lui impose dans l'intérêt même des malades

Du côté de la nourrice, pour dégager sa responsabilité, le médecin doit procéder à un examen des plus sérieux et des plus minutieux, car on sait que le chancre des organes génitaux chez la femme échappe assez facilement aux recherches. Il est à souhaiter donc que cet examen des parties génitales soit pratiqué plus souvent qu'il ne l'est aujourd'hui ; il est évidemment indispensable chaque fois que des circonstances particulières feront soupçonner la syphilis chez une femme qui se présente pour être nourrice. La nourrice aussi bien que l'enfant doit être l'objet d'une grande surveillance, car elle peut contracter la syphilis autrement que par l'allaitement.

Depuis quelques années ce devoir du médecin est heureusement facilité par la loi Roussel relative à la protection des enfants du premier âge, qui prescrit un examen sanitaire de toutes les femmes qui veulent se procurer un nourrisson ou un enfant en garde et qui soumet ces femmes, ainsi que les enfants, à des inspections médicales aussi fréquentes que possible.

Le médecin ne doit pas oublier que les plus grands risques sont pour les nourrices qui viennent prendre leurs nourrissons dans les grandes villes et principalement dans les maternités où se trouvent tant d'enfants nés de parents inconnus. Ces enfants emportés à la campagne peuvent être la source de contagions successives. De là toutes ces endémo-épidémies qui ont désolé et désolent encore certains villages et qui parfois même s'y renouvellent à plusieurs reprises et finissent par une véritable dégénérescence de l'espèce.

L'esprit de la loi a été de mettre l'enfant aussi bien que la nourrice sous la tutelle du médecin et le devoir de celui-ci est de veiller sur le dépôt qui lui est confié.

(*A suivre.*)

BULLETIN DES SYNDICATS

ET DE

L'UNION DES SYNDICATS

DIRECTEUR : Dr BARAT-DULAURIER

Salins, le 28 avril 1888.

Monsieur,

Vous avez bien voulu reproduire, il y a quelques années, dans le *Concours médical* le rapport sur les syndicats que j'avais présenté à l'Association des médecins du Jura dont j'étais alors secrétaire.

Cet honneur que je n'avais point osé solliciter m'encourage à vous adresser aujourd'hui un projet sur l'organisation de la médecine dite cantonale. Je serai très heureux de le voir soumis, en totalité ou en partie, aux lecteurs du *Concours*. Je crois mes observations au sujet de la *catégorisation* (pardon pour le mot) des ruraux assistés assez légitimes pour mériter l'attention de ceux que les œuvres de bienfaisance intéressent et surtout de ceux qui en font les frais.

Veuillez agréer, etc.

Dr TOUBIN,
membre du Syndicat du Jura.

Organisation de la médecine cantonale.

Monsieur le rédacteur en chef du *Concours médical*,

Dans un des derniers numéros de votre journal, vous posez la question si intéressante pour nous de l'organisation de l'assistance publique dans les campagnes, vous demandez à chacun de nous de faire connaître comment elle est organisée dans son département et

vous adressez un appel spécial aux médecins ruraux, comme plus expérimentés dans la matière et plus intéressés que les médecins des grandes villes à l'organisation de la médecine cantonale.

Pratiquant depuis 33 ans dans une petite ville et dans sa banlieue, je vous adresse le résultat de mes réflexions sur le sujet en question. Je ne puis vous donner le résultat d'un système expérimenté, puisque l'assistance publique n'est point organisée dans mon département. Mais le plan que je proposerai a réussi dans des institutions analogues à la médecine cantonale et pourrait, je crois, y être transplanté avec grandes chances de succès.

I

La principale, sinon l'unique difficulté de l'organisation de l'assistance publique dans les campagnes est de rendre ce service peu onéreux pour les finances de l'Etat, des départements et des communes, tout en le laissant suffisamment rémunérateur pour les médecins. Dans les sphères administratives on a cherché à réaliser ce résultat en concentrant dans les mains d'un même praticien les fonctions de vaccinateur, d'inspecteur des nourrices, des écoles, de médecin cantonal ; on semble dire au confrère tenté d'accepter : vous perdrez sans doute sur chaque service, mais vous vous rattraperez sur la quantité. Déjà M. Lardier (de Rambervillers) a exposé avec éloquence les inconvénients de ce système qui fait du médecin un fonctionnaire à la merci du préfet, du conseiller général, des maires ; qui fait de l'élu un objet de jalousie pour quelques-uns de ses confrères, qui ôte au débutant le moyen de se faire connaître, qui ravit à l'indigent malade le droit de choisir l'homme en qui il a confiance pour remettre en ses mains sa santé et sa vie. M. Lardier eût pu insister davantage sur la sujétion où ce système place le médecin vis-à-vis du malade. De par son monopole, seul il peut et doit donner des ordonnances que le pharmacien exécutera gratuitement. Il doit donc marcher à toute réquisition de l'indigent inscrit, quelqu'impertinences qu'il en ait reçues. Et Dieu sait combien ces réquisitions sont impérieuses ! Amédée Latour a écrit : « Le client qui paie n'est qu'exigeant, celui qui ne paie pas est un tyran. » Qu'eût dit Latour du client qui ne paie pas, mais qui sait que son médecin est rétribué quand même. Il cumule les deux tyrannies. Par défaut d'éducation il est heureux de commander, lui qui toute sa vie obéit au maître qui l'occupe. Et puis, autre source de disgrâce pour nous : il n'a pas de commissionnaires à ses ordres ; il n'a pour vivre que le produit de son travail ; aussi, est-ce, sa journée faite, c'est-à-dire au bord de la nuit, qu'il part de son village pour venir mander le médecin. Celui-ci, déjà fatigué par les courses de la journée, hésite-t-il à partir ? Les menaces de plaintes à l'administration commencent à gronder.

II

Ce système du médecin cantonal fonctionnaire étant écarté, reste celui du service de l'assistance ouvert à tous les médecins, avec liberté à l'indigent inscrit de choisir son médecin, avec règlement des honoraires à la visite, c'est-à-dire rémunération proportionnelle au nombre des visites faites et des kilomètres parcourus.

Ce mode d'organisation, essayé dans beaucoup de départements, a été abandonné en maints endroits parce qu'il était trop onéreux pour les finances du département et des communes. Eh bien ! je crois qu'on peut facilement en diminuer les frais tout en restant dans les bons sentiments d'humanité et en se rapprochant de la justice. Selon moi, l'énormité de la dépense provient bien plus d'abus faciles à détruire que de l'essence de l'assistance même. Les abus sont : la facilité exagérée avec laquelle un villageois même un peu aisé obtient son inscription sur la liste des habitants indigents ; le luxe de secours accordés aux inscrits hors de proportion avec leurs besoins ; — la liberté trop grande laissée aux inscrits de réclamer des voyages du médecin plus qu'il n'est nécessaire.

L'indulgence extrême avec laquelle les maires et les commissions qui leur sont adjointes inscrivent des habitants même un peu aisés est signalée partout et jusqu'ici on n'a trouvé à lui opposer que des récriminations des médecins dont le seul résultat est d'amener de l'aigreur des deux côtés pour le plus grand mal du service. On s'adresse bien quelquefois au préfet qui s'empresse d'envoyer une circulaire banale pour rappeler ces commissions à une appréciation plus réfléchie de la position des candidats au poste d'indigent ; mais ce même préfet, qu'il serve la République ou la monarchie, un ministère rouge ou rose, a recommandé hier et recommandera demain aux maires de montrer à leurs administrés combien le gouvernement qu'il représente se préoccupe plus que tous les gouvernements antérieurs des intérêts des populations agricoles et des classes pauvres et pour cela de secourir le plus de misères possible. Et le maire, qui voit dans les solliciteurs autant d'électeurs, s'associe facilement à cette bienfaisance dont nous avons à faire les frais.

C'est par l'intérêt seul que nous pouvons arriver à nous faire écouter des administrations communales et départementales. Il faut pour cela les intéresser à n'admettre que les vrais indigents en imposant aux uns et aux autres une charge proportionnelle au nombre des indigents inscrits.

Guidé par la même pensée, je proposerais aussi de laisser à la charge de l'inscrit une certaine part proportionnelle à ses besoins, dans le prix de la visite qu'il réclame, pour l'amener à ne demander que le nombre de voyages absolument nécessaire.

Un fait qui se passe tous les jours dans un milieu d'une organisation quelque peu analogue à la médecine cantonale me fait augurer un bon résultat de ce système. Les membres des sociétés ouvrières de l'Isère abusaient comme partout du droit de requérir le médecin à tout propos. Il a suffi que les bureaux de ces sociétés, de concert avec les médecins, les fissent participer pour une faible proportion, — un quart, je crois, du prix de la visite, — pour que les sociétaires malades ne demandent plus les visites médicales qu'avec la modération des clients payants. — En adaptant ce système à la médecine cantonale, on arriverait certainement à réaliser une économie annuelle considérable, tant en allégeant d'un quart — plus ou moins — le prix de chaque visite, qu'en ramenant à un nombre modéré le nombre des voyages des médecins.

Proposer l'intervention de la bourse de l'inscrit dans le paiement de nos honoraires serait au moins bizarre, si tous les inscrits étaient vraiment indigents ; mais chacun sait qu'il n'en est rien. Et ici se place une deuxième observation, fondée sur l'équité et qui peut devenir l'origine d'une nouvelle économie.

Dans les villes, les bureaux de bienfaisance se-

courent aussi des indigents ; mais ils ne donnent point à tous le même taux de secours ; ils les aident proportionnellement à leurs besoins qui sont naturellement très variables. Aux uns qui peuvent encore gagner leur vie quand ils sont en santé, les bureaux donnent seulement les soins médicaux et les médicaments en cas de maladie. A d'autres, moins capables de travailler ou surchargés de famille, ils accordent en outre 1, 2 ou 3 kilos de pain par semaine pendant l'hiver seulement, ou pendant toute l'année suivant le degré de misère. Aux plus malheureux les bureaux paient en outre le loyer.

Mais, dans la médecine cantonale, il n'y a plus de degrés entre l'aisance et l'indigence complète. Il suffit qu'un chef de famille déclare et fasse admettre qu'il ne pourrait sans se gêner faire les frais d'une maladie un peu longue, pour qu'on l'inscrive au nombre des indigents et qu'on lui donne le maximum de secours, taux unique, visites médicales et médicaments, la maladie ne durât-elle que quelques jours. Ne serait-il pas très équitable de laisser aux demi-indigents une part de cette dépense proportionnée à leur aisance? A cette source d'économie s'en joindrait naturellement une autre. Tel paysan qui n'hésite pas à se faire porter comme indigent quand il y a à gagner cinq francs par visite de médecin, hésitera quelquefois à le faire quand il n'y aura plus à gagner que cinquante ou vingt-cinq sous.

Résultat : moins d'inscrits réclamant des visites et prix des visites moins onéreux pour le département et la commune.

III

Il serait donc tout ensemble économique et équitable de faire supporter à l'inscrit une part de la dépense qu'il occasionne. Qui la lui réclamera ? Je ne suis point assez naïf pour en laisser le soin au médecin.

Je trouve dans l'organisation des sociétés de Grenoble un procédé ingénieux et très pratique. Quand un membre d'une des sociétés ouvrières tombe malade, il fait acheter chez le trésorier au prix de vingt-cinq centimes l'un, je crois, un ou plusieurs bons de visite suivant la durée probable de la maladie. A chaque visite il donne un bon au médecin lequel, à des époques déterminées, fin de trimestre ou d'année, les porte au Trésorier qui les lui paie au prix de un franc chaque.

Tel est le système que je propose d'adapter à la médecine cantonale.

Ici il y a quatre parts à faire, et non plus deux comme dans les sociétés ouvrières : celle du département et de la commune, celle de l'inscrit et aussi celle du médecin, qui, en honnête homme, veut, dans la limite de ses forces, participer à cette œuvre de bienfaisance. Pour ne pas trop compliquer l'exposition du système que je présente, je fixe à un cinquième la part qu'il abandonne sur le prix ordinaire de ses déplacements. A ce taux, qui n'a rien d'absolu, le médecin fait une bonne affaire ; car actuellement il perd bien plus d'un cinquième des honoraires que devrait lui payer pareille clientèle.

Je prends par exemple un village distant de cinq kilomètres de la résidence du médecin. Pour une visite à cette distance, il demanderait cinq francs à un client ordinaire : il consent, en faveur de la médecine cantonale, à réduire ses honoraires à quatre fr. Le maire de cette commune a acheté du département des bons de visite à 5 kilomètres ; le département les lui cède au prix de trois francs ; à son tour, la commune ou son bureau de bienfaisance les vend aux habitants inscrits au prix de deux francs, un franc ou cinquante centimes suivant la catégorie dans laquelle on les a classés : peu aisés, pauvres, misérables. — Muni d'un de ces bons, le malade inscrit envoie chercher le médecin de son choix; le médecin, qui reçoit un bon à chaque visite, les porte à la fin de l'exercice au percepteur qui les lui paie quatre francs et les envoie à son tour comme pièces comptables au trésorier payeur général.

Cette répartition des participations des départements, des communes, de l'indigent et du médecin n'a rien d'absolu, on le comprend sans peine, et reste à débattre entre les intéressés.

Le département créerait aussi des cartes pour les diverses distances, à raison de 75 centimes par kilomètre.

Le malade assisté ne recevrait jamais que des cartes pour le médecin le plus voisin ; mais, s'il lui plaisait de s'adresser à un praticien plus éloigné, il complèterait de sa bourse le prix que ce dernier demanderait.

Ce système ne règle pas, je le sais, le prix des opérations. Mais aucun système n'est plus parfait à cet égard : d'ailleurs, l'importance des opérations est trop variable pour permettre d'établir d'avance un tarif.

Il n'accorde rien non plus au médecin pour les malades de sa localité ; mais presque toutes les villes ont des bureaux de bienfaisance qui peuvent s'arranger avec la générosité du médecin.

Dr Toubin.

NOUVELLES

Service militaire des étudiants en médecine. — Dans une récente séance, le Sénat, au cours de la première délibération sur la loi organique militaire, a voté « la réduction à un an de service en temps de paix en faveur des jeunes gens qui ont obtenu ou qui poursuivent leurs études en vue d'obtenir soit le diplôme de docteur en médecine, de pharmacien de 1re classe, de vétérinaire, ou le titre d'interne des hôpitaux nommé au concours dans une ville où il existe une Faculté de médecine. » En outre, il a voté les dispositions suivantes : « En cas de mobilisation, les étudiants en médecine et en pharmacie seront versés dans le service de santé. A l'expiration de leur année de service, tous les jeunes gens énumérés ci-dessus seront envoyés en congé dans leurs foyers. Au cours de chacune des deux années suivantes, ils seront rappelés pendant quatre semaines. Ils suivront ensuite le sort de la classe à laquelle ils appartiennent. » Ajoutons que, d'après les explications fournies par le ministre de la guerre, les docteurs en médecine et les étudiants en médecine, après leur première année de service, bénéficieront des dispositions du décret du 5 juin 1883 et des règlements actuellement en vigueur, c'est-à-dire que les docteurs seront appelés comme médecins aides-majors et les étudiants comme médecins auxiliaires.

— MM. les Docteurs en Médecine *qui seraient dans l'intention de faire un cours libre à la Faculté, pendant le 1er semestre de l'année scolaire* 1888-1889, voudront bien se rappeler qu'aux termes de l'art. 10 du règlement, les demandes de cours libres, pour le 1er semestre de l'année scolaire, doivent être remises au Secrétariat de la Faculté, avant le 1er juillet, en sorte que le Conseil de la Faculté et le Conseil général des Facultés puissent en délibérer avant le 1er août.

Le Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André, 3

Dixième année **N° 25** 23 Juin 1888

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE

Les ambulances urbaines.

Le 1er juin dernier a eu lieu l'inauguration d'un premier service de secours établi à Paris par l'*œuvre des ambulances urbaines.* On se souvient que l'idée de cette création avait été soumise en 1881 à l'Académie de médecine par le regretté Dr Chéreau au nom du Dr Nachtel à l'imitation d'une institution analogue qui existe depuis longtemps à New-York. Il a fallu sept ans pour que le projet de M. Nachtel ait pu être réalisé, malgré les encouragements de l'Académie et de la presse, malgré la bonne volonté du conseil municipal auquel M. Bourneville avait présenté en 1883 un rapport favorable. C'est, paraît-il, à un défaut d'entente entre la Préfecture et l'Assistance que ce long retard est attribuable.

M. Jules Simon, président de l'œuvre, a prononcé un très beau discours à la cérémonie d'inauguration. Voici, d'après le *Progrès médical,* comment fonctionnent les ambulances urbaines :

«Le réseau actuellement en exploitation part de l'hôpital Saint-Louis, où un bâtiment a été construit aux frais de l'œuvre pour recevoir les blessés. Il se compose de trois pièces à un lit et est situé près du bâtiment des bains. A côté se trouve une écurie avec remise. Le matériel se compose de trois voitures, dont une est attelée jour et nuit. Un interne pris parmi ceux de l'hôpital se tient en permanence dans le service. Il reçoit 10 francs par jour. Un téléphone est établi dans l'ambulance et communique actuellement avec 23 téléphones, établis dans 23 pharmacies, éventaillées de l'Opéra au Château-d'Eau. Un accident arrive-t-il sur la voie publique, le blessé, transporté dans une de ces pharmacies, y reçoit les premiers soins. Si l'accident est léger et que le malade puisse retourner chez lui, le pharmacien n'a rien à dire ; mais, si l'état du blessé est grave, il fait aussitôt jouer le téléphone communiquant avec l'hôpital. L'interne de garde monte immédiatement dans la voiture attelée et se rend à la pharmacie où, après un premier pansement fait au blessé, il transporte ce dernier à l'hôpital où il est gardé au poste de secours jusqu'au lendemain, en attendant son admission dans les services ordinaires de la maison.

Le jour de l'inauguration, à trois heures, M. Nachtel faisait fonctionner le téléphone d'une pharmacie. Quatorze minutes après, deux voitures d'ambulances venant de l'hôpital Saint-Louis étaient place de l'Opéra. Ces voitures sont de petits omnibus à un cheval. Elles portent sur leurs vitres la croix de Genève. Une cloche placée à côté du cocher, et mue automatiquement par le mouvement des roues, sert de signal pour livrer passage à la voiture. Le mobilier intérieur de l'omnibus qui s'ouvre par derrière à deux battants, se compose de deux strapontins, un pour l'interne et l'autre pour un infirmier. Sur le plancher est un léger brancard en osier capitonné, destiné à mettre le blessé. Près de l'interne il y a place pour deux sacs contenant les objets de pansement, trousse, iodoforme, vaseline, éther, perchlorure de fer, morphine, ergotine, sublimé, coton hydrophile, etc. Le malade, une fois placé dans la voiture, est dirigé vers l'hôpital. Un tube acoustique correspond de l'intérieur de la voiture avec le cocher. Il est destiné à accélérer ou à ralentir la marche du cheval selon les besoins. »

Fièvre puerpérale et érysipèle à l'Académie.

M. *Arloing* adresse une note dans laquelle il fait observer qu'il avait continué à Lyon, en 1883, des recherches commencées par M. Chauveau sur la

septicémie puerpérale et qu'il était arrivé à des conclusions semblables à celles de M. Widal sur la nature des formes de l'affection et sur la morphologie du microbe producteur de cette redoutable complication des accouchements. M. Arloing a adressé, en 1884, une note à l'Académie des sciences dans laquelle il a montré la possibilité de cultiver en série continue l'agent virulent de la septicémie puerpérale sans lui laisser perdre son activité. En outre, dans sa thèse inaugurale, en 1884, M. Truchet a consigné et développé les faits constatés dans le laboratoire de M. Chauveau.

Les idées de M. Widal sur l'identité des formes de l'infection puerpérale ont donc été soutenues à Lyon depuis plus de quatre ans. Ces formes ont été attribuées à l'activité plus ou moins grande du *micrococcus septicus puerperalis*.

Quant à l'analogie que M. Widal admet entre le streptocoque de l'infection puerpérale, celui de l'érysipèle et de la suppuration, M. Arloing l'avait entrevue après M. Chauveau, et en même temps que M. Fraenkel en 1884.

M. *Guérin* a pris la parole pour continuer la discussion commencée dans les précédentes séances. D'après lui, il est toujours possible de distinguer entre eux les divers accidents qui ont été compris sous l'expression générique de fièvre puerpérale, à l'époque où l'infection purulente et l'infection putride étaient moins bien connues; l'infection purulente ne se transmet pas par la voie respiratoire; enfin l'infection purulente et l'érysipèle ont la même origine, et si leurs symptômes sont différents, c'est que les microbes qui les engendrent entrent dans l'organisme par des voies différentes.

Un cas de filaire hématique chez l'homme.

M. *Lancereaux* a présenté à l'Académie un jeune homme de vingt et un ans, ancien marin, métis de blanc et de nègre, très robuste et parfaitement constitué. Il entra à l'hôpital parce que ses urines étaient devenues blanchâtres et laiteuses.

Cette chylurie, bientôt accompagnée d'hématurie, laissa fort peu de doutes sur l'existence d'une affection parasitaire. Deux parasites pouvaient produire cette double manifestation : le distome hématobie et la filaire hématique.

Les lieux habités par le malade étant ceux où a été rencontrée la filaire du sang, il y avait tout d'abord lieu de croire qu'on avait affaire à ce dernier parasite; en outre, l'examen du malade démontra qu'il existait dans les aines des tuméfactions ganglionnaires molles ; or, l'on sait depuis Bancroft et Lewis, que la filaire produit plusieurs affections des organes lymphatiques.

L'examen du sang, fait une première fois pendant le jour, resta sans résultat ; mais, en le renouvelant le soir, on trouva plusieurs filaires de 1 millimètre de large sur 6 à 7 de long.

Ce qu'il y a de remarquable dans ce fait, c'est la bonne santé apparente du malade qui n'accuse aucune souffrance et présente à peine un léger degré d'anémie.

Suivant Patrick Manson, le cercle évolutif de la filaire du sang humain s'opère de la façon suivante: 1° par l'intermédiaire du sang ; 2° par le moyen des culex (moustiques ou maragouins); 3° par l'eau, d'où la filaire pénètre dans l'homme.

Au sortir du sang humain la filaire se développe dans l'estomac du culex qui l'a sucé par une série de phases qui sont : 1° une mue en 36 heures, état chrysalidien où elle devient immobile ; une phase de formation du tube digestif ; 3° une dernière phase durant de 4 à 6 jours pendant laquelle le corps s'allonge et atteint 1 mm. de long sur 0 mm. 05 de large. Après la mort du moustique, la larve plonge dans l'eau et mène une vie indépendante ; de là elle pénètre dans le tube digestif par l'eau de boisson. Elle se reproduit soit dans l'intestin, soit dans les lymphatiques ; de là les embryons passent dans le sang.

M. *Bucquoy* dit avoir observé, il y a quelques années, un cas qui mérite d'être rapproché de celui de M. Lancereaux il fut appelé en consultation auprès d'une malade de l'île Maurice qui était atteinte d'une adénite inguinale et de douleurs au niveau des aines et des jarrets avec fièvre.

Presque aussitôt après l'apparition de ces phénomènes, elle présenta des accidents cérébraux et des douleurs articulaires pouvant faire croire à un rhumatisme cérébral.

Elle avait conscience de la gravité de son état et disait que ce qu'elle éprouvait s'observait communément à l'île Maurice, qu'elle avait déjà présenté des accidents semblables ; mais qu'elle savait que, quand ils survenaient une seconde fois, on n'en réchappait pas ; aussi disait-elle qu'elle serait morte dans deux jours. Effectivement, le surlendemain, elle succombait.

M. *Le Roy de Méricourt* dit qu'on observe dans quelques colonies des lymphadénites aiguës, d'une gravité tout à fait exceptionnelle. Il ne croit pas qu'on puisse mettre en cause, en pareil cas, l'existence d'un parasite.

M. *Albert Robin* a observé deux cas de chylurie. Dans chacun de ces cas, on ne trouvait les urines chyleuses que lorsque les malades étaient restées couchés sur le dos pendant une heure ou deux.

M. *Le Roy de Méricourt*. On ne connait pas encore le moyen de détruire la filaire du sang ; ce qu'a de mieux à faire le malade de M. Lancereaux, c'est de rester le plus longtemps possible en Europe, On sait, en effet, que les affections parasitaires des pays chauds perdent beaucoup de leur gravité dans les zones tempérées.

Remèdes officinaux et magistraux.

M. le président du Conseil des ministres a demandé à l'Académie son avis sur l'interprétation qu'il convient de donner aux termes de *remèdes officinaux et remèdes magistraux*. Il s'agit de l'organisation des secours à domicile dans la ville de Paris, à la suite du décret du 12 août 1886. L'article 62 de ce décret porte que « les ordonnances des médecins mentionneront expressément si les médicaments doivent être délivrés par les pharma-

ciens de l'arrondissement ou par le dépôt administratif ».

L'article 80 dit que « les médicaments sont fournis aux bureaux de bienfaisance, soit par la pharmacie centrale des hôpitaux, en ce qui concerne les *remèdes magistraux*, soit par les pharmaciens de l'arrondissement, en ce qui concerne les *remèdes officinaux* ».

Tout d'abord, il est indispensable de rectifier l'article 80 ; ce n'est point, en effet, les remèdes magistraux que la Pharmacie centrale fournit aux bureaux de bienfaisanee ; elle leur expédie les médicaments officinaux. En revanche, ce sont les médicaments magistraux que les pharmaciens délivrent aux indigents.

On entend par *remèdes officinaux* ceux dont on trouve au Codex la formule et le mode de préparation et qui, d'autre part, peuvent se conserver pendant longtemps sans altération notable.

Les *remèdes magistraux* sont ceux que le pharmacien prépare sur ordonnance et délivre immédiatement sans s'occuper s'ils doivent ou non se conserver.

Voici comment la Commission, dont M. Prunier est le rapporteur, propose à l'Académie de formuler sa réponse à la demande ministérielle.

1° Ne doivent être regardés comme *officinaux* que les médicaments de conservation facile dont le Codex a enregistré la formule et le mode de préparation pour les médicaments galéniques, ou bien les caractères, purification et essai, pour les médicaments chimiques.

2° Il ne s'en suit pas néanmoins que tous les médicaments qui figurent au Codex soient nécessairement officinaux. Les loochs, potions, tisanes, juleps, etc., sont de nature essentiellement magistrale, de même que tous les mélanges prescrits par le médecin, lors même qu'ils se composent uniquement de médicaments offieinaux.

Par le seul fait du mélange ils rentrent dans la catégorie des remèdes magistraux.

Plâtrage des vins.

M. Marty eonelut ainsi un rapport très circonstancié sur la question au nom de la Commission nommée par l'Académie :

1° Les documents relatifs à l'enquête faite à l'Ecole nationale d'agriculture de Montpellier ne paraissent pas de nature à infirmer les résultats de l'enquête générale ordonnée en 1884 par M. le Ministre du commerce ;

2° Les renseignements et les faits analysés dans le présent rapport démontrent que le plâtrage exagéré exerce sur la santé publique une influence fâcheuse ;

3° Se plaçant au point de vue exclusif de l'hygiène, la commission ne peut approuver, en principe, le plâtrage des vins ;

4° Cependant, préoccupée des nécessités de la production et du commerce, et tenant surtout compte de l'intérêt des consommateurs, qu'il serait imprudent, par une mesure trop absolue, de priver dans certaines années de vins, que seul, jusqu'à ce jour, le plâtrage modéré paraît propre à conserver ;

5° Considérant que, si le sulfate de potasse se rencontre normalement dans les vins purs, il n'y existe jamais dans une proportion supérieure à *six décigrammes* (0 gr. 60) par litre, ainsi que l'analyse permet de le constater ; qu'il n'est pas clairement démontré que, *jusqu'à la dose de deux grammes par litre de vin*, le sulfate de potasse introduit par le plâtrage ait une action nuisible sur la santé, mais qu'il est indispensable de fixer la limite maxima de sulfate de potasse qui peut sans danger sensible, être introduite dans le vin par le plâtrage ;

Emet l'avis :

Que la présence du sulfate de potasse dans les vins du commerce, quelle qu'en soit l'origine, ne doit être tolérée que *jusqu'à la limite maxima de deux grammes par litre*.

En outre, la Commission exprime le vœu que la circulaire de M. le Garde des Sceaux, ministre de la justice, en date du 27 juillet 1880, reçoive une application effective.

— M. le professeur *Damaschino* a été élu membre de l'Académie par 55 voix contre 17 données à M. Cadet de Gassicourt et 2 à M. Dieulafoy.

MÉDECINE PRATIQUE

Quelques travaux récents sur la tuberculose.

I. Action de quelques agents chimiques sur le développement du bacille. — Rôle des infections mixtes dans la phthisie. — Impuissance de l'acide fluorhydrique.

De toutes parts on poursuit avec la plus grande activité dans les laboratoires l'étude des substances capables de tuer ou au moins d'entraver le bacille de la tuberculose sans nuire au malade qui en est porteur. Jusqu'ici, malheureusement, les résultats obtenus sont plutôt négatifs ; il n'est pas moins fort intéressant de les enregistrer.

Cette grande évolution qui s'est faite dans la thérapeutique par l'emploi des antiseptiques se poursuivra sûrement pendant la fin de ce siècle. Les progrès de la bactériologie, qui nous font connaître de mieux en mieux les propriétés biologiques et pathogéniques des microbes, et les progrès de la chimie, qui mettent de jour en jour à notre disposition plus de substances nouvelles, doivent nous donner confiance dans l'avenir de la thérapeutique antiseptique. Mais le vrai moyen de ne pas se procurer de déceptions est de commencer toujours par essayer longtemps dans le laboratoire sur les diverses espèces animales aptes à contracter la tuberculose les nouveaux antiseptiques.

Les règles formulées par M. Bouchard à cet égard ne sauraient sans inconvénients être transgressées. Il faut connaître d'abord l'*équivalent toxique* du produit chimique qu'on essaie, c'est-à-dire déterminer quelle quantité de ce corps tue un kilogramme de substance vivante ; puis on cherche l'*équivalent antiseptique*, c'est-à-dire la quantité du

même corps qui est nécessaire pour empêcher le développement du microbe dans un litre de bouillon de culture. De la connaissance de ces deux équivalents toxique et antiseptique, on pourra déduire *l'équivalent thérapeutique*, c'est-à-dire la quantité de ce corps qui pourra être administrée sans danger à l'homme avec chance d'entraver dans son corps le développement du microbe.

Tout cela est long et minutieux, réclame un outillage spécial et une connaissance parfaite de la technique microbiologique. Mais tout cela est indispensable, et si, au lieu de se transporter prématurément dans le domaine pratique des applications à l'homme, on avait procédé avec la méthode dont nous parlons, nous n'aurions pas assisté à ces alternatives de grandeur et de décadence si rapides de tant de médicaments antiseptiques préconisés depuis quelques années contre la tuberculose.

Ces vogues transitoires de médications, qui ne durent guère plus que nos ministères, ont pour résultat de discréditer la thérapeutique antiseptique, et ce serait grand dommage, parce que la beauté des premiers fruits qu'elle a donnés dans un certain ordre de maladies, doit faire espérer des moissons de plus en plus riches dans l'avenir. Mais ce sera seulement à la condition de procéder avec méthode.

I.

Aussi sommes-nous heureux de citer comme un modèle du genre, le travail qui a été publié cette année par M. le Dr *P. Villemin*, ancien interne, lauréat des hôpitaux, prosecteur à la Faculté, travail intitulé: Etude expérimentale de quelques agents chimiques sur le développement du bacille de la tuberculose. L'auteur est le fils de l'illustre médecin qui a le premier *démontré la virulence* de la tuberculose plus de quinze ans avant qu'une technique spéciale de coloration permît à Koch de *voir le microbe* auquel est due cette virulence. M. Villemin n'a fait dans ce premier travail qu'ébaucher une étude qu'il se propose de continuer : il n'a encore réussi qu'à éliminer une série de produits sans action sur le bacille tuberculeux pour attirer ensuite l'attention sur quelques-uns de ceux qui arrêtent ou contrarient son évolution. M Villemin a expérimenté environ 120 corps chimiques et inoculé plus de 700 tubes à culture. Voici les conclusions auxquelles il est arrivé jusqu'ici.

Le bacille de la tuberculose présente une résistance vitale considérable ; on peut retarder son développement, faire que sa prolifération s'accomplisse avec une grande lenteur ; on ne peut que difficilement l'arrêter complètement. Un grand nombre de corps chimiques semblent lui être indifférents. Ainsi les colonies de bacilles se développent parfaitement dans le bouillon de bœuf peptonisé et glycériné et la gélose glycérinée contenant les substances suivantes : acide benzoïque, salicylique, urique, aldéhyde salicylique, benzoate de soude, biborate de soude, bromure de camphre, chloral, coniférine, ferro-cyanure de potassium, leucine, phosphomolybdate de soude, phosphore blanc, sulfocyanure de potassium, urée, uréthane.

Voici une seconde catégorie de corps au contact desquels les cultures sont évidentes, mais moins prospères et plus lentes à se mettre en train : acétanilide, acétone, aldéhyde, alun ammoniacal, alun de chrôme, arséniate de soude, azotate de cobalt, azotate de potasse, benzophénone, bichromate d'ammoniaque, biiodure de mercure, caféine, chlorate de potasse, chlorure d'aluminium, chlorure de cobalt, essence de térébenthine, essence d'eucalyptus, eucalyptol, ferri-cyanure de potassium, iodure de potassium, lactate de zinc, naphtylsulfite de soude, sulfate de soude, sulfate de zinc, sulfite de soude, résorcine, terpine, terpinol.

Il est donc parfaitement inutile que le médecin cherche dans les deux catégories de corps qui précèdent un agent capable d'empêcher la pullulation du bacille de Koch dans l'organisme.

Mais voici d'autres substances chimiques qui semblent amener un retard notable dans le développement du bacille : même lorsque les tubes d'agar en contiennent une faible dose, l'éclosion est peu appréciable : acétate de soude, acétophénone, acides *arsénieux*, *borique*, picrique, pyrogallique, *sulfureux*, *alcool éthylique*, méthylique, azotite de potasse, benzine, *créosote*, chloroforme, éther, fluorure de sodium, huile de naphte, hyposulfite de soude, *iodoforme*, menthol, nitrobenzine, oxalate neutre de potasse, salol, sulfate d'alumine, sulfite salicyl-sodium, sulfovinate de soude, toluène.

Dans ce troisième groupe, nous avons souligné des substances dont l'expérience clinique a affirmé depuis plus ou moins longtemps l'utilité : les acides arsénieux, sulfureux, l'iodoforme, la créosote, l'alcool ; l'acide borique, dont M. Gaucher a récemment proposé l'emploi.

Enfin, M. P. Villemin range dans un dernier groupe quelques substances qui stérilisent complètement le milieu de culture : acide hydrofluosilicique, ammoniaque, fluosilicate de fer, de potasse, polysulfure de potassium, silicate de soude.

M. P. Villemin fait remarquer combien on pourrait se méprendre en tentant la cure des tuberculoses par un certain nombre de substances chimiques réputées très antiseptiques d'une manière générale : elles le sont effectivement, mais pour d'autres espèces bactériennes ; l'expérience clinique de tous les jours montre que le biiodure de mercure, l'acide benzoïque, l'acide salicylique, le borax, sont des médicaments qui tuent les germes de l'air dans les plaies et ailleurs, les microcoques de la suppuratoin et quantité d'autres bactéries ; par contre, leur efficacité est nulle contre une espèce particulière, le bacille de la tuberculose.

On s'étonnera peut-être, ajoute-t-il, de voir ranger parmi les substances qui n'arrêtent pas le développement du bacille, l'essence d'eucalyptus et l'eucalyptol, dont plusieurs cliniciens ont eu à se louer dans le traitement de la phthisie pulmonaire. Mais il est une chose que beaucoup de thérapeutes semblent oublier, c'est que chez le phthisique à forme chronique il n'y a pas que l'infection bacillaire ; il y a des ulcérations, des sortes de fistules pulmonaires par lesquelles les produits

de destruction du parenchyme sont expectorés au dehors ; les microbes de la suppuration, les microbes de l'air y pénètrent, trouvent de nombreuses surfaces dénudées, s'y cultivent et vivent en très bonne intelligence à côté du bacille, sans lui nuire. Il suffit pour s'en convaincre, d'examiner un crachat de tuberculeux ; si, avant d'employer la méthode de décoloration par les acides, qui fait disparaître toutes les bactéries autres que le bacille tuberculeux, on colore le crachat par les couleurs d'aniline, on y trouve, à côté de l'agent spécifique, de nombreuses variétés de microcoques et de bacilles de toute espèce qui ne sont pas, croyons-nous, un facteur à négliger dans l'évolution de la phthisie chronique. Or l'eucalyptol, les essences, sont des balsamiques dont la voie d'élimination se fait en partie par le poumon ; il est fort probable qu'ils agissent sur toutes ces bactéries, étrangères, si l'on veut, à la maladie principale, mais auxiliaires du microbe de la tuberculose dans son œuvre de destruction.

Cette distinction est excellente à faire et on ne saurait trop y insister. Au début de la tuberculose, le bacille spécifique de Koch est seul en cause ; mais, quand arrive la période ulcéreuse, quand le tuberculeux est devenu un phthisique, il est la proie d'infections mixtes et complexes ; dans les excavations pulmonaires se développent une foule de microbes, agents de suppurations, saprophytes, agents des putréfactions et même de la gangrène, d'une résistance beaucoup moindre aux antiseptiques que les bacilles de Koch. C'est eux qui font les crachats purulents et quelquefois fétides.

Sur eux beaucoup de médicaments ont de la puissance. Aussi, dès qu'on emploie quelques-unes de ces médications qui ont été tour à tour vantées dans ces dernières années contre la phthisie, on voit assez rapidement l'expectoration perdre sa fétidité, devenir moins purulente et moins abondante, redevenir même simplement muqueuse, mais les bacilles persistent. Le phthisique s'améliore parce qu'il cesse d'être intoxiqué par la résorption des nombreux produits toxiques que sécrétaient les microbes putréfactifs ; mais de là à la guérison par destruction du bacille spécifique, il y a par malheur bien loin, ainsi que le montre l'expérience journalière. Il est légitime d'user de quelques-unes de ces médications qui améliorent les phthisiques ; ce serait s'illusionner que de les croire spécifiques.

II

A la fin de son travail, M. Villemin semble fonder quelque espoir sur *l'acide fluorhydrique*, parce que, dit-il, il est précisément de la même famille que les fluosilicates alcalins, qui font partie du petit nombre d'agents par lesquels ses cultures de bacilles ont été entièrement entravées. Malheureusement il faut renoncer à cet espoir. M. le professeur Grancher et le chef des travaux chimiques de son laboratoire, M. Chautard, viennent de communiquer à la Société de biologie les résultats d'expériences qui ont ruiné le crédit qu'on avait accordé un peu prématurément à l'acide fluorhydrique.

Ces messieurs ont étudié : 1° L'influence de l'absorption de vapeurs d'acide fluorhydrique par les voies respiratoires sur l'évolution de la tuberculose conférée aux lapins par inoculation intra-veineuse. — 2° L'action de l'acide fluorhydrique sur les cultures de tuberculose, *in vitro*.

Les conclusions de leurs expériences ont été que *l'action des vapeurs d'acide fluorhydrique sur l'évolution de la tuberculose expérimentale a été nulle*, — que *l'action directe* des vapeurs d'acide fluorhydrique sur le bacille tuberculeux *est réelle*, puisque les animaux d'essai sont tous morts un, trois et quatre jours après les témoins, *mais que cette action est faible*, puisque la survie a été très courte ; — que *l'action directe et prolongée des vapeurs d'acide fluorhydrique sur le bacille tuberculeux diminue sa virulence, mais ne le tue pas*.

L'action des vapeurs d'acide fluorhydrique a été proportionnelle à la concentration de l'acide employé. Plus cette concentration a été grande, et plus les animaux ont résisté. Un lapin inoculé après action des vapeurs d'acide fluorhydrique pur a survécu deux mois environ, et aurait peut-être vécu encore une ou deux semaines quand on l'a sacrifié. Cependant il était tuberculeux à l'autopsie. Les vapeurs d'acide fluorhydrique pur, mises pendant plus de quatre heures en contact direct avec une culture de tuberculose, n'ont donc pas réussi à tuer toutes les bacilles de cette culture. Or, ces vapeurs, malgré la paraffine protectrice, avaient attaqué le verre de la pipette Pasteur, qui contenait la culture essayée, et formé une grande quantité d'acide hydrofluosilicique, et c'est un liquide trouble, blanchi par cet acide, qui a été injecté dans l'oreille du lapin en expérience.

« La résistance des bacilles tuberculeux aux vapeurs d'acide fluorhydrique est donc bien plus grande qu'on ne pouvait le supposer, d'après les expériences de M. H. Martin, qui a vu qu'une trace presque impondérable, 1/10000e, 1/15000e d'acide fluorhydrique du commerce, ajoutée à un milieu ensemencé de tubercules, empêche le développement de la culture.

Il semble donc que les expériences n'autorisent pas toutes les espérances qu'a fait naître l'observation de cas favorables dans l'espèce humaine, à moins que, par une action indirecte sur les sécrétions et sur la nutrition, les vapeurs d'acide fluorhydrique n'influencent favorablement la marche de la tuberculose. Nous ne croyons pas qu'on puisse légitimement espérer atteindre et détruire, au plus profond de l'économie, par les vapeurs de l'acide fluorhydrique, le bacille tuberculeux, que ces mêmes vapeurs atténuent, mais ne tuent pas *in vitro*, après un contact prolongé pendant plus de quatre heures.

Mais toutes les tentatives sont légitimes pour combattre l'agent de la phthisie pulmonaire, et les vapeurs d'acide fluorhydrique, qui sont très bien supportées par la plupart des malades, sont en somme un moyen d'atténuation, sinon de destruction, du bacille tuberculeux. C'est déjà quelque chose. »

M. le Dr A. Tardieu dans une note lue à l'Académie le 10 avril dernier, dit qu'il a constaté que les eaux du Mont-Dore contiennent du fluor en quantité notable et qu'on trouve facilement ce corps dans les vapeurs de ces eaux ; il ajoute que ce corps joue probablement un grand rôle dans l'efficacité des salles d'aspiration de cette station. Après avoir pris connaissance des expériences de M. Grancher, notre confrère comprendra combien il faut être réservé jusqu'à nouvel ordre dans l'appréciation du mode d'action des agents thérapeutiques complexes comme le sont les eaux thermales.

P. Le Gendre.

(A suivre).

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Conseil supérieur d'assistance publique.

Séance d'inauguration. — Discours de M. Floquet et de M. Henri-Ch. Monod.

M. le président du conseil, ministre de l'intérieur accompagné de M. Bourgeois, *sous-secrétaire d'Etat* et de M. Pascal d'Aix, secrétaire particulier, a ouvert, le 13 juin 1888, à 4 heures de l'après-midi, la première session du conseil supérieur de l'Assistance publique institué par un décret de M. le président de la République, en date du 14 avril 1888. Reçu à l'entrée de l'Institution nationale des jeunes aveugles, où s'est tenue cette réunion, par MM. Henri-Ch. Monod, directeur de l'Assistance publique au ministère de l'intérieur, Emile Martin, directeur de l'Institution, *Lefort, Regnard, Napias* et *Drouineau*, inspecteurs généraux des services administratifs du ministère de l'interieur (section des établissements de bienfaisance), M. le président du conseil est entré dans la salle des délibérations où se trouvaient réunis les membres du conseil supérieur de l'Assistance publique. Etaient présents : MM. Bard, Béquet, Bergeron, Blatin, Bourneville, Brueyre, Buisson, Caubet, Cazelles, Chamberland, Chautemps, Cheysson, de Crisenoy, Cros-Maryvieille, Deroisin, Didiot, Dreyfus-Brisac, Ch. Dupuy, Peyron, Gailleton, Gaufrès, Gerville-Réache, Gestin, Gibert, Hendlé, Henrot, Herbette, Emile Labiche, Labrousse, Sigismond Lacroix, René Laffon, Lardier, Lebon, Magnan, Mamoz, Maréeau, Marjolin, Georges Martin, A. J. Martin, Martin-Nadaud, Hippolyte Maze, Millard, Mireur, Nicolas, Frédéric Passy, Rochard, Th. Roussel, Rousselle, Siegfried, Jules Simon, Thulié, Tolain, Emile Trélat, Ulysse Trélat, Voisin. S'étaient fait excuser : MM. Brouardel, Pichon, Benjamin Raspail et Paul Strauss.

Après avoir déclaré la session ouverte, M. le président du conseil des ministres a prononcé le discours suivant :

Messieurs,

En constituant cette commission supérieure de l'Assistance publique, en appelant à la former les plus distingués par la science, la compétence spéciale, le dévouement, depuis longtemps connu, à l'humanité, M. le président de la République a voulu mettre à l'ordre du jour de son gouvernement l'organisation rationnelle de ce grand sentiment, dont il est temps de faire une vérité légale : la fraternité.

En ouvrant votre première session, laissez-moi vous rappeler que vous descendez de la Révolution française et que votre œuvre doit être un effort persévérant pour réaliser enfin les pensées qu'elle avait conçues, pour mettre à exécution le testament qu'elle a laissé.

Dès les premiers jours de sa réunion, si longtemps attendue, la Constituante de 1789 déclarait que l'organisation de l'Assistance était un de ses premiers devoirs, l'un des premiers articles de son mandat national. Elle nommait aussitôt le grand comité chargé d'une étude d'ensemble sur l'extinction de la mendicité et sur les secours publics. Son président, La Rochefoucault-Liancourt, qui était de celle pléïade d'aristocrates disposés à la réforme sociale, portait en séance publique l'exposé des principes du comité. On y lisait ces maximes qu'aujourd'hui encore il est bon de mettre en lumière : « Jusqu'ici l'assistance n'a été regardée que comme un bienfait ; elle est un devoir, mais ce devoir ne peut être rempli que lorsque les secours accordés par la société sont dirigés vers l'utilité générale. Si celui qui existe a droit de dire à la société : Faites-moi vivre, la société a également le droit de lui dire : Donne-moi ton travail.

C'est la doctrine même qui passa dans la déclaration des Droits de l'homme : « Les secours publics sont une dette sacrée. »

Les travaux de ce grand comité qui résument, sur la question de l'assistance, les vues de la Révolution française, — travaux qui ont été réunis par un des membres de cette assemblée, M. Béquet, — nous étonnent encore par la hauteur des vues et on peut le dire, par la perfection des moyens.

Le comité de l'Assemblée nationale proposait de s'occuper successivement et séparément de l'enfant, de l'homme fait, du vieillard : de l'enfant pour lui assurer la vie d'abord, l'éducation morale et le travail ensuite ; de l'homme fait pour lui donner le pain quand il est valide, lui rendre la santé quand il est malade, lui garantir l'existence paisible quand il est infirme ; du vieillard pour préserver ses derniers jours du besoin.

Malheureusement les nécessités cruelles de la défense nationale arrêtèrent la réalisation de ces grands projets. Plus tard, les entreprises guerrières de l'empire, les préoccupations étroites des dynasties en concurrence, détournèrent trop souvent de ces grands objets l'attention des législateurs et des politiques.

Lorsque l'esprit de la Révolution reparut un moment, en 1848, une nouvelle tentative fut faite pour donner un élan nouveau au grand principe de la solidarité sociale et pour établir une organisation générale de ce qu'on appelait les secours publics. Depuis lors, aucune loi contenant des solutions d'ensemble, un système complet d'assistance publique n'a été votée. C'est peu à peu, par morceaux, qu'a été créée la législation actuelle. C'est bien encore l'esprit de la Révolution qui anime ces tronçons. Dans chacune des branches de l'Assistance publique c'est encore le souvenir des principes posés par la Constituante qui règle les rapports entre l'assistance et l'assisté. Bien des efforts ont été faits et plus d'un progrès important réalisé par l'initiative des administrations et de quelques hommes de cœur ; mais, dans l'ensemble, que d'imperfections, que de lacunes surtout !

Le service des aliénés est départemental et il n'est pas obligatoire.

Le service des enfants assistés est également départemental, il n'est pas non plus obligatoire. Si les départements l'organisent dans des conditions insuffisantes, on ne peut les contraindre à faire

mieux ; c'est ainsi que les secours temporaires, dont le but est de prévenir l'abandon des enfants par les mères, sont presque partout si insuffisants que l'on peut craindre que la vie des petits êtres ne soit pas efficacement préservée.

D'autre part, la création des hôpitaux, des hospices, des bureaux de bienfaisance est laissée à l'initiative des communes, 12,250 communes ont des bureaux de bienfaisance, mais un nombre plus grand n'en est pas pourvu ; 19,111 communes n'ont pas de bureaux de bienfaisance. L'organisation du service de l'assistance médicale pour les indigents est de même abandonnée au bon vouloir des départements. Si 44 départements ont organisé ce service, — et encore d'une façon partielle, — 42 départements sont jusqu'à présent restés inactifs. Sur certains points, sans doute, la bienfaisance privée vient combler les lacunes des services publics; mais ailleurs les malheureux restent sans secours.

Il est temps de coordonner tous les efforts généreux ; il est urgent de ne pas livrer plus longtemps au hasard des bonnes volontés l'accomplissement du devoir social.

C'est pour cette réforme progressive de l'organisation des secours publics que le concours du conseil supérieur de l'assistance a été réclamé par le gouvernement de la République.

Nous pensons qu'il faut maintenir le principe que l'assistance doit être tout d'abord communale. Mais si, par suite d'une absence prolongée hors de sa commune, l'indigent y a en réalité perdu le domicile de secours, il faut qu'il puisse faire appel à l'assistance du département, s'il a gardé un domicile départemental, ou bien, s'il n'a pas de domicile départemental, à l'assistance de l'Etat.

Certaines communes peuvent être trop faibles, trop pauvres pour suffire à leur service de secours, la faculté doit leur être donnée de s'associer entre elles ou de s'allier à des communes plus puissantes, mieux pourvues. C'est principalement en vue de constituer des services d'assistance que le Gouvernement a déposé, ces jours-ci, le projet sur les syndicats de communes.

Le but que doit se proposer un Gouvernement dévoué à la démocratie est de mettre en pratique les principes de solidarité sociale consacrés par la Révolution française et d'arriver enfin à une organisation de l'assistance publique telle que le vrai besoin soit toujours secouru, sans que jamais l'imprévoyance ou la paresse reçoive un encouragement.

C'est dans cette intention qu'a été créée la direction de l'Assistance publique au ministère de l'intérieur. Elle travaille avec un zèle auquel je suis heureux de rendre hommage. La constitution de la commission supérieure de l'Assistance publique est un nouveau pas dans la voie qui doit nous conduire au succès. Vous éclairerez, Messieurs, notre marche vers le progrès, vous l'assurerez, vous nous donnerez les consultations les plus sûres dans la préparation des lois que nous devons présenter aux Chambres pour organiser définitivement l'assistance publique en France.

Le Gouvernement vous remercie d'avoir bien voulu accepter la mission que M. le Président de la République vous a proposée. Il n'en est pas de plus haute, ni de plus belle. Vous donnez aux pauvres ce que vous avez de plus précieux, votre temps, votre science, votre dévouement, votre expérience. Vous méritez de prendre la suite des espérances du grand comité de 1789 ; plus heureux que vos devanciers, vous réussirez. Le Gouvernement vous prêtera le plus énergique appui, et nous voulons espérer que les ambitions belliqueuses consentiront à laisser le champ libre aux nobles expériences de l'esprit de fraternité. L'amour est plus fort que la haine, disait-on jadis. Tâchons de faire de cette parole de poète un acte de législateur. Cherchons ensemble à réaliser une de ces lois qui honorent l'humanité en la soulageant, et faisons que, dans le grand concours international que nous préparons, la France puisse montrer au monde, au-dessus de l'orgueil de ses richesses, de ses arts, de son industrie, de son commerce, de son agriculture, la puissance rayonnante de sa bonté !

M. Henri-Ch. Monod, directeur de l'Assistance publique en France, a pris ensuite la parole :

Messieurs,

Au moment où s'ouvre votre première session, vous jugerez sans doute utile que la direction de l'Assistance publique vous expose les mesures prises par l'administration pour faciliter vos travaux, et résume les questions sur lesquelles elle désire dès à présent provoquer votre examen et votre avis.

I

L'administration a voulu tout d'abord mettre à votre disposition les documents qu'elle possède. C'est ainsi que vous avez reçu un certain nombre d'ouvrages dont plusieurs présentent un sérieux intérêt.

Bien que la dernière enquête complète qui ait été faite sur le service des enfants assistés date de près de trente années, le volume qui en contient les résultats est rempli de renseignements utiles à connaître.

Le Comité supérieur de protection des enfants du premier âge a publié son rapport sur l'application en 1887 de la loi qui porte si justement le nom de votre éminent collègue, le sénateur *Théophile Roussel.* Vous verrez dans ce rapport, et aussi dans le fascicule 5, consacré aux enfants protégés, que si, sur certains points, cette loi bienfaisante et patriotique produit un grand bien, il y a encore un nombre considérable de départements où elle est lettre morte, soit que les conseils généraux n'aient voté aucuns fonds pour son exécution, soit qu'ils aient voté des sommes dérisoires. Actuellement, 7 départements ne votent rien ; 18 votent moins de 5,000 fr. Or, il n'y a pas un département qui puisse, avec 5,000 fr., assurer l'exécution de la loi, c'est-à-dire organiser une inspection médicale sérieuse. Il est donc permis de dire qu'il y a 25 départements où la loi n'est pas appliquée et de regretter que cette application n'ait pas été rendue obligatoire. Cette obligation eût préservé la vie de milliers d'enfants ....

L'administration a préparé une série de fascicules qui comprennent l'ensemble de la législation relative à l'assistance publique, l'organisation de ses divers services, le relevé des établissements qui lui sont affectés, des statistiques spécialement préparées pour le conseil (1). Des enquêtes, commencées l'année dernière, se poursuivent, spécialement sur les bureaux de bienfaisance et les établissements hospitaliers : les résultats vous en seront communiqués dès qu'ils seront connus.

....

Je passe, messieurs, à l'exposé des affaires dont l'étude et l'examen vous sont renvoyées par M. le ministre, conformément à l'article 1er du décret du 14 avril.

Depuis quelques années, les pouvoirs publics se préoccupent d'organiser, en faveur des enfants maltraités ou dépravés par leurs parents, la protection que la loi accorde aux enfants matériellement abandonnés. Paris a généreusement donné l'exemple : cet exemple doit être suivi partout. Dans sa séance du 25 février dernier, j'ai annoncé à la Chambre des députés que le

(1) Grâce à l'obligeance de notre aimable confrère le Dr A. J. Martin, secrétaire général du conseil supérieur de l'Assistance publique, nous avons reçu ces fascicules. Nous en extrairons à l'occasion divers renseignements intéressants pour nos lecteurs. N. de la R.

Gouvernement avait résolu de distraire de la proposition de loi qui est relative à cet objet, et dont la Chambre est saisie, le titre concernant la déchéance de la puissance paternelle. Vous savez, en effet, messieurs, quel obstacle est à la protection des enfants la persistance de l'autorité paternelle entre des mains indignes. L'enfant tout jeune, qui n'est qu'une charge, les parents le confient volontiers à des personnes ou à des institutions charitables; mais, dans l'état actuel de nos lois, aucun contrat ne saurait empêcher que, lorsque cet enfant aura grandi, qu'il aura reçu une éducation suffisante, son père ne vienne reprendre son fils pour exploiter son travail ou sa fille pour faire pis encore. Cette perspective, qui n'est pas une hypothèse théorique, qui se justifie par des exemples nombreux, est bien faite pour décourager les meilleures volontés.

Un projet de loi a donc été préparé. M. le ministre de la justice l'a soumis à l'examen du conseil d'Etat.

M. le ministre de l'intérieur vous demande de l'étudier aussi. Vous envisagerez sans doute la question au point de vue qui paraît primer tous les autres : au-dessus de toutes les considérations, vous placerez l'avantage de l'enfant que la société a le devoir de protéger et qu'elle a intérêt à protéger.

L'assistance publique dans les départements n'a pas d'autre représentant officiel technique que l'inspecteur des enfants assistés. Dans les communes, elle se divise entre la commission administrative du bureau de bienfaisance et la commission administrative de l'hospice. L'on se demande s'il n'y aurait pas grand intérêt à ce que les mêmes administrateurs s'occupent du malade, qu'il soit possible de le traiter à domicile ou qu'il devienne nécessaire de le transporter à l'hôpital ; du vieillard ou de l'infirme, qu'on aide sa famille à lui donner des soins ou qu'on soit amené à la recueillir dans un hospice. L'on se demande également si les attributions des inspecteurs des enfants assistés ne pourraient pas être étendues, s'ils ne pourraient pas, très utilement pour le département, pour les communes, pour les établissements hospitaliers, pour l'intérêt public, devenir des inspecteurs de l'assistance, tenus au courant du détail des différents services, renseignés, renseignant, empêchant dans la mesure du possible qu'à quelques lieues de distance un hôpital soit encombré et un autre à moitié vide. Ces questions font l'objet de deux des dossiers qui vous sont soumis.

Un autre a trait à la fixation du prix de journée dans les asiles publics d'aliénés. Certains départements ne payent pas à leur asile, pour leurs malades, le prix de l'entretien de ces malades. Les bénéfices que peut tirer l'asile, soit de la présence de pensionnaires, soit du prix de journée payé par les départements voisins, ils l'appliquent, non à améliorer le sort des malades, mais à diminuer leur propre dépense. Ils font ainsi, indirectement, une recette qui ne paraît pas légitime. Il est même arrivé que le département a fait la recette directe, qu'il a mis la main sur les bonis de l'asile pour équilibrer son budget. Ce dernier fait ne sera plus possible si le projet voté par le Sénat, et actuellement soumis aux délibérations de la Chambre des députés, devient une loi. Mais le premier fait, celui qui consiste à s'approprier les bonis en faisant descendre le prix de journée au-dessous du prix de revient, ne paraît pas moins critiquable. Peut être le Conseil supérieur jugera-t-il devoir émettre le vœu qu'une disposition spéciale soit introduite à cet égard dans la loi en préparation.

Le Conseil supérieur est encore consulté sur les dépôts de mendicité, qui ne paraissent pas avoir répondu aux espérances du législateur de 1810.

M. le ministre désire également avoir son avis sur le moyen le plus équitable et le plus efficace de répartir les subventions de l'Etat aux établissements de bienfaisance.

Depuis quelques années, l'application des mesures antiseptiques a produit dans les hôpitaux les résultats les plus heureux : elle a pour ainsi dire supprimé les affections puerpérales et, dans les services de chirurgie l'infection purulente. Qu'y a-t-il à faire pour étendre à tous nos établissements hospitaliers, aux services de médecine comme à ceux de chirurgie, les bénéfices de ce grand progrès ? C'est une des questions sur lesquelles l'administration désire avoir votre avis.

IV

Les questions que je viens de passer en revue sont certainement importantes. Mais il en est une qui les domine toutes, c'est celle dont vous parlait tout à l'heure M. le président du conseil : la préparation d'une loi sur l'assistance publique en France.

Je n'entrerai pas dans la vieille controverse sur le droit à l'assistance : envisageons seulement, messieurs, le devoir social de l'assistance. Ce devoir est-il contestable ? Y a-t-il quelqu'un qui prétende, théoriquement, abstraction faite des difficultés pratiques, que la société ne manque pas gravement à ses obligations lorsqu'elle laisse l'un de ses membres mourir de faim ? La société n'est-elle pas fondée sur un échange de services ? L'individu qui a rempli ses obligations envers la collectivité ne doit-il pas participer à certains bénéfices, et la première condition de cette participation n'est-elle pas qu'il vive ? Enfin, l'Etat n'est-il pas l'intermédiaire qui doit assurer l'exécution de ces obligations réciproques ? L'Etat a donc le devoir de veiller à ce que l'assistance publique s'exerce, et de l'exercer lui-même là où son intervention est indispensable.

Ce principe, posé par la Révolution française, n'a pas encore pénétré dans notre législation.

Légalement, l'assistance publique est aujourd'hui, en France, abandonnée aux hasards des bonnes volontés publiques ou privées.

Le constater, ce n'est pas méconnaître, c'est, au contraire, mettre en lumière la grandeur, la beauté des œuvres de la bienfaisance. Ce n'est pas indiquer non plus que, si l'Etat faisait son devoir, la charité n'aurait plus de rôle à remplir : en dehors des misères imméritées que la société doit secourir, il restera longtemps encore, hélas ! un vaste champ de souffrances ouvert aux sacrifices, au labeur des généreux et des compatissants.

Mais ce qu'il importe de bien comprendre, c'est ceci : tous ces efforts, si admirables ; tout ce qui se fait, dans notre pays, en faveur des malheureux ; ces fonds que votent les départements ou les communes ; ces établissements hospitaliers publics, privés, où l'on recueille les malades ; ces asiles encombrés d'enfants ou de vieillards ; tant d'institutions charitables ; ces bureaux de bienfaisance, ces associations qui vont répandre des secours dans les plus misérables demeures, — tout cela d'abord est insuffisant, très au-dessous des besoins ; ensuite se pratique sans ordre, sans méthode, de sorte qu'il y a abondance, double et triple emploi ici, et là disette absolue ; et enfin tout cela, se pratiquant, pourrait ne pas se pratiquer, et a, par conséquent, pour base l'idée de l'aumône. Le principe de l'assistance publique est tout différent.

Ce n'est pas l'aumône que nous voulons faire. Ce n'est pas au sentiment de pitié que nous prétendons obéir. Que des particuliers, que des associations bienfaisantes s'en inspirent, nous le comprenons, nous les honorons. Mais nous, l'Etat, nous n'avons pas d'entrailles. Nous n'avons pas le droit d'en avoir. Car, si nous en avions, les intérêts des contribuables seraient à la merci d'impressions et d'émotions qui pourraient ne rien devoir à l'idée de justice.

L'assistance publique, ce n'est pas l'exercice d'une vertu ; c'est l'accomplissement d'un devoir de solidarité sociale.

Si ce principe est admis, il s'agit de passer à la réalisation.

A ce moment, l'on se heurte à des difficultés sans nombre, à des écueils redoutables. Il est impossible de s'approcher de ce problème de la misère sans être enflammé du désir de le résoudre ; — et il est impossible aussi d'y toucher sans frémir à la pensée que l'on pourrait, par un remède funeste, aggraver le mal que l'on veut guérir, relâcher les liens de famille et encourager la paresse dans une société dont la famille et le travail sont les pierres angulaires.

Puisque nous sommes en présence de si graves dangers, nous devons procéder avec prudence, avec

méthode. D'abord, rendons-nous compte, autant qu'il est possible, de ce qui est, des lacunes et des vices de ce qui est; informons-nous ensuite de ce qui se passe à l'étranger, dans les pays réputés avoir le plus de souci de leurs pauvres ; recherchons enfin par quelles réformes, compatibles avec le tempérament que nos traditions nous ont fait, la société pourrait s'acquitter de son devoir d'assistance.

Vous pensez bien, messieurs, que ce n'est pas mon intention d'exposer à fond la question de l'assistance dans les campagnes. Je ne veux que fournir quelques chiffres et poser quelques questions ; peut-être votre étude en sera-t-elle facilitée.

Nous avons vu que 19,111 communes n'ont aucune organisation officielle prévoyant les secours à donner aux indigents. Or la commune est, et doit rester, la base de l'assistance publique. L'un des membres du Conseil supérieur, très compétent à coup sûr, M. Théophile Roussel, a écrit : « Les nécessités de l'organisation de l'assistance publique exigent qu'il soit créé dans chaque commune un bureau de bienfaisance. » Il n'est pas effrayé par l'objection que la plupart de ces bureaux n'auront pas de ressources. Il sait que leur seule existence sera une attraction pour les dons ; que, même sans fonds de caisse, il est bon qu'il y ait une représentation officielle des pauvres ; que ce système, appliqué en Italie, y est très fructueux.

Il sera sans doute d'accord avec moi si j'ajoute à sa formule que les communes, pour satisfaire à l'exigence qu'il pose en règle, doivent être autorisées à s'associer à des communes limitrophes. Il pensera sans doute également que, si cette obligation était inscrite dans la loi, l'appellation des bureaux devrait être changée ; qu'il était naturel que sous l'ancien régime, où le soin des pauvres était remis presque exclusivement au clergé, les bureaux s'appelassent *bureaux de charité* ; qu'il est naturel encore qu'aujourd'hui, où le soin des pauvres est facultatif, les bureaux s'appellent *bureaux de bienfaisance* ; mais que ni la bienfaisance ni la charité ne peuvent être ordonnées par la loi, et que, si le soin des pauvres était obligatoirement imposé par elle, les bureaux devraient désormais être dénommés : *bureaux d'assistance.*

Comment ces bureaux d'assistance fonctionneraient-ils ? Quelle population d'indigents auraient-ils à secourir ? Comment les listes d'indigents seraient-elles établies ? Est-ce à former ces listes que se bornerait l'intervention des bureaux dans le service médical ? Comment le domicile de secours communal s'acquerrait-il ? et ne devrait-il pas pouvoir se perdre de la même manière qu'il serait acquis ? Les secours à domicile ne devraient-ils pas, en principe, être préférés à l'hospitalisation (1) ? Ce sont de grandes et de délicates questions.

En 1861, M. Jules Simon écrivait : « Quand on regarde l'ensemble des secours distribués par les bureaux de bienfaisance de la France entière, on est frappé à la fois de l'immensité de l'effort et de la nullité du résultat (2). »

Ce jugement ne parait pas trop sévère lorsque l'on constate que la moyenne des secours accordés par les bureaux de bienfaisance de France est de 19 fr. 50 par an et par indigent.

Il est vrai que le nombre des indigents inscrits sur les listes de nos bureaux paraît fort exagéré.

En 1871, il était, suivant l'enquête de l'inspection générale, de 77 pour 1,000 habitants (3) ; mais nous avons déjà dit que l'année 1871 était une année exceptionnelle. En 1883, il était, d'après M. Foville (4) de 65 pour 1,000.

(1) « On doit élever au rang des règles susceptibles d'une application générale la préférence à donner dans l'assistance médicale aux secours à domicile sur les secours à l'hôpital. » (Th. Roussel.)

(2) *Revue des Deux-Mondes*, 1861. II. 89.

(3) Il va de soi que l'on ne tient compte dans ces calculs que de la population des communes pourvues de bureaux de bienfaisance.

(4) La *France économique*, 1887.

Cette proportion énorme ne tient-elle pas à ce qu'aucune règle générale ne préside à la confection des listes ?

On le croirait quand on compare ces résultats à ceux des pays où une organisation méthodique a été instituée.

Dans l'empire d'Allemagne, le nombre des indigents secourus (en dehors des hôpitaux) est de 33,8 pour mille (1) ; en Angleterre, il est de 28 pour mille. Il était en Angleterre de 62 pour mille en 1849 ; il s'est abaissé successivement, et, depuis 1884, il reste fixé à 28 pour mille (2).

Nos populations ne sont certes pas plus pauvres que celles de l'Allemagne et de l'Angleterre ; ce qui nous fait défaut, c'est l'organisation, c'est la méthode.

Vous le voyez, messieurs, c'est un vaste champ qui s'ouvre devant vous. L'administrateur pense qu'il faudrait tout d'abord étudier les moyens de venir en aide aux indigents qui ne peuvent pas travailler, qu'ils soient arrêtés dans leur activité temporairement par la maladie, ou bien définitivement par la vieillesse ou les infirmités. Pour ceux-là, quelle objection peut-on faire ? Dira-t-on qu'ils auraient dû être prévoyants, mettre de côté dans les années de force de quoi subvenir aux années d'affaiblissement ? Certes, il faut par tous les moyens encourager la prévoyance ; il faut multiplier les facilités pour qu'elle s'exerce, mais est-il bien sûr que tous les travailleurs puissent épargner ? Et, s'ils ne l'ont pas fait, faut-il pour cela les abandonner ? Nous demandons que l'on rétablisse dans la loi et surtout qu'on fasse entrer dans la pratique des faits, la prescription de la loi du 24 vendémiaire an II (art. 18) : « Tout malade domicilié de droit ou non qui sera sans ressources sera secouru à son domicile de fait ou dans l'hospice le plus voisin. » Nous demandons que cette prescription soit étendue aux vieillards et aux infirmes. Nous demandons que, puisque 44 départements ont organisé le service de la médecine gratuite, les 42 autres soient contraints de l'organiser aussi. Nous demandons enfin que la loi vienne au secours de ce que Diderot appelle « la partie de l'espèce humaine à plaindre, les malades indigents (3) ». Quand l'homme ne peut plus travailler, la société doit, à défaut de sa famille, le secourir. Sur ce point, la doctrine de la Révolution nous semble la vraie, et les difficultés d'exécution ne sont pas insurmontables.

D'où viendraient les plus graves de ces difficultés ? Des médecins ? On a dit parfois qu'ils se déroberaient aux exigences d'un service insuffisamment rémunéré, fatigant, désagréable, ou bien n'y apporteraient qu'un zèle médiocre. Je ne partage pas ces craintes. Ma conviction, fondée sur l'expérience, c'est que l'administration trouvera le corps médical disposé à lui apporter un concours dévoué toutes les fois qu'elle le lui demandera sans chercher à le faire sortir de son rôle professionnel.

De la dépense ? Elle ne serait pas énorme.

Il résulte de calculs faciles à établir que tous les indigents malades de France pourraient être soignés aussi bien que le sont actuellement les membres malades des sociétés de secours mutuels moyennant une dépense totale d'environ 29 millions. Or, les dépenses de nos 15,250 bureaux de bienfaisance, qui laissent en dehors une population de 18 millions d'habitants, ont été, en 1884, de 54,450,000 fr. Le rapprochement de ces deux chiffres ne fait-il point ressortir la possibilité de pourvoir, par une bonne organisation, aux frais d'un service médical libéralement ouvert à tous les pauvres ?

Bien autres sont les complications et les périls lorsqu'il s'agit des indigents valides. C'est là surtout que l'on risque, comme l'indiquait le rapport de M. Laroche foucault en 1790, « d'accroître l'oisiveté et la fainéantise... Assistance superflue, » disait-il encore, « c'est la destruction des mœurs, de l'amour du travail, c'est désordre, c'est injustice enfin, puisque c'est l'em-

(1) Statistique officielle pour l'année 1885.

(2) Seizième rapport du *Local government board.*

(3) Diderot, édit. Assézat, XX, 77.

ploi des fonds publics par delà l'exacte nécessité (1) ».

Le danger est plus grand qu'on ne le croit généralement, et je vous demande la permission de vous citer à cet égard un exemple qui en dira plus long que bien des théories.

Un homme de bien, qui ne veut pas qu'on le nomme, — mais pourquoi ne dirais-je pas qu'il est membre du Conseil supérieur ? — a fait sur les mendiants de Paris une expérience des plus curieuses, des plus instructives. Il voulut apprendre d'une manière certaine quelle portion de vérité contiennent les plaintes des mendiants valides. Il s'entendit avec quelques braves gens, négociants, commerçants, industriels, lesquels s'engagèrent à donner du travail et à allouer un salaire de 4 fr. (quatre francs) pendant trois jours à toute personne se présentant munie d'une lettre de lui.

En huit mois, il eut à s'occuper de 727 mendiants valides, qui, naturellement, se plaignaient de n'avoir pas de travail. Aux 727 il dit qu'il avait de la besogne pour eux ; chacun fut avisé qu'il pouvait faire retirer une lettre qui lui donnerait entrée dans un magasin ou une usine, avec un salaire de 4 fr. par jour. C'était le travail demandé; c'était la vie assurée, avec la dignité. Plus de la moitié (415) ne vinrent même pas prendre la lettre. D'autres, encore en très grand nombre (138), la prirent, mais ne la présentèrent pas à son destinataire. D'autres vinrent, travaillèrent une demi-journée, réclamèrent 2 fr., et on ne les revit pas. D'autres disparurent la première journée faite. Bref, des 727, dix-huit étaient encore au travail au bout de la troisième journée (2).

Ainsi, sur 727 hommes mendiant à Paris, arrêtant les passants dans la rue, se plaignant de mourir de faim, demandant avec larmes du travail, il y en avait 18 qui avaient le désir sincère d'en trouver. C'est un sur quarante.

Cette expérience, portant sur un espace de plusieurs mois, et sur plusieurs centaines d'individus, a un caractère décisif. Après cela, il est permis d'affirmer qu'à Paris, — et il doit en être de même dans les autres grandes villes, — sur quarante mendiants valides, il y en a un qui mérite intérêt.

De ce fait, plus d'un enseignement se dégage.

Un premier point est hors de conteste : c'est que ceux qui donnent indistinctement aux quarante font un grand mal, mal individuel, mal social. Et je reprends ici les termes du rapport de 1790 qui disait avec force : « Si une charité indiscrète accorde avec insouciance un salaire sans travail, elle donne une prime à l'oisiveté, anéantit l'émulation et appauvrit l'Etat. »

Quoi donc ? Faut-il ne venir au secours de personne parce que, sur quarante mendiants, il y en a trente-neuf qui nous trompent ? Si je pensais que tel dût être le résultat des constatations faites, je regretterais qu'elles l'eussent été, et je ne me pardonnerais pas de les divulguer. Non, ce n'est pas à décourager la bienfaisance, c'est à la rendre plus éclairée et plus efficace que doit tendre l'action de l'Etat. Du fait que j'ai cité, la conclusion pratique à tirer, la voici : les œuvres d'assistance, publiques ou privées, doivent être organisées très différemment de ce qu'elles sont aujourd'hui ; elles doivent, d'une part, être renseignées de telle manière qu'elles puissent discerner, parmi les quarante, celui qui mérite assistance ; elles doivent, d'autre part, être outillées de telle manière qu'à celui-là elles puissent donner un travail approprié à ses aptitudes et à ses forces. Nous pourrions prouver par des faits que ceci n'est pas une utopie. Ce ne sera d'ailleurs, remarquez-le, que lorsqu'on aura fait cela que l'on aura le droit de se montrer sévère pour les trente-neuf autres, pour ceux qui ont la prétention de vivre sans travailler, puisque, autrement, frappant les quarante, il y en aurait un qu'on frapperait injustement. Dégager ce quarantième, lui assurer sa subsistance, le rendre à l'indépendance et à la dignité de la vie, voilà le problème de l'assistance pour les indigents valides.

(1) Rapport à la séance du 15 juillet 1790.

(2) Maxime Du Camp, *Paris bienfaisant*.

Telles sont, messieurs, exposées bien imparfaitement, quelques-unes des questions que vous aurez à étudier. C'est une grande satisfaction pour l'administration de les poser devant vous ; ce sera l'honneur du Conseil supérieur de leur proposer des solutions ; ce sera la gloire de la République de les résoudre. »

Le conseil a procédé ensuite aux élections de son vice-président (le ministre ou le sous-secrétaire d'Etat étant président de droit) et de son secrétaire. Ont été nommés : vice-président, M. Théophile Roussel, sénateur ; secrétaire, M. le Dr A.-J. Martin.

Après un exposé des affaires soumises au conseil par M. le Directeur de l'Assistance publique en France, le conseil s'est subdivisé en quatre sections afin de procéder à l'étude et à la répartition des dossiers. Les bureaux des sections ont été ainsi constitués :

1re section. (Services de l'enfance) : président, M. Jules Simon ; secrétaire, M. Gerville-Réache ; secrétaire-adjoint (nommé par le ministre), M. Faucon.

2e section. (Secours aux indigents valides ou malades, hôpitaux) : président, M. le Dr Jules Rochard; vice-président, M. le Dr Ulysse Trélat ; secrétaire, M. le Dr Dreyfus-Brisac ; secrétaire-adjoint (nommé par le ministre), M. le Dr Chevallereau.

3e section. (Secours aux indigents âgés ou invalides, hospices, établissements de bienfaisance) : président, M. Tolain ; secrétaire, M. le Dr Chautemps ; secrétaire-adjoint (nommé par le ministre) M. Teissier du Cros.

4e section. (Aliénés, dépôts de mendicité, monts-de-piété) : président, M. Hippolyte Maze ; secrétaire M. Paul Strauss ; secrétaire-adjoint (nommé par le ministre), M. le Dr Pichon.

La société contre le charlatanisme.

Le premier numéro de la *Revue internationale des falsifications alimentaires* contient une étude fort intéressante sur une curieuse institution qui existe depuis quelques années en Hollande, la « Société contre le charlatanisme ». Son but se devine : dévoiler au gros public la fausseté des annonces de guérison insérées à la 4e page des journaux politiques. Tout philanthrope, en versant six francs par an, peut devenir membre de cette Société qui compte actuellement plus d'un millier d'adhésions dont 520 dans le corps médical et pharmaceutique. Ses coups ont porté sur les pilules Holloway, les pilules suisses, les biscuits Olivier, les tympans artificiels Nicholson-Simpson et le Hopbitter.

La guerre du Hopbitter a été couronnée d'un plein succès, mais au prix de quels efforts ! Dès que l'arrivée des charlatans était annoncée dans une ville, les agents de la Société, suivant de près les premiers, répandaient à profusion des prospectus-antidote. La presse, faisant taire ses sympathies pour la 4e page, leur a souvent prêté son concours. (Ceci s'est passé en Hollande en 1883.)

On trouve dans le même article une décision non moins curieuse d'un tribunal néerlandais, au sujet d'un procès dont les finances de la Société contre le charlatanisme ont beaucoup souffert : « Si l'on communique des faits parfaitement prouvés et si l'on fait cela simplement pour avertir le public, les expressions employées doivent être choisies avec soin, afin qu'elles ne soient pas offensantes pour le *charlatan* en question, car celui-ci aurait

droit à rétribution pour dommage fait à son *honneur* et à sa *réputation* ! »

BULLETIN DES SYNDICATS
ET DE
L'UNION DES SYNDICATS

DIRECTEUR : Dr BARAT-DULAURIER

Syndicat du Rhône.

Nous extrayons le passage suivant du compte-rendu de l'Association des médecins du Rhône (séance annuelle) *Allocution de M. Renaut, vice-président.*

« Au sein de l'Association des médecins du Rhône, un Syndicat professionnel s'est constitué il y a déjà quelques années. Je tiens à dire publiquement combien je considère cette nouvelle forme d'assistance et de solidarité comme un complément précieux et même nécessaire de l'œuvre confraternelle que nous entreprenons ici. — Les bons pilotes savent bien que le grand courant de l'Amazone, qui se poursuit distinct pendant cent lieues dans la mer, ne la rend pas pour cela moins navigable ni moins sûre. Mais la petite barque qui suit ce courant intérieur à l'Océan est portée vers un orient certain par des eaux douces, au sein desquelles ceux qui veulent boire peuvent étancher aisément leur soif. Il n'est guère nouveau de dire, mes chers confrères, que trop souvent sur le chemin de notre profession nous nous abreuvons à des sources amères (et quelle peine ont encore quelques-uns de nous pour y boire !). — L'un des premiers soins de toute association médicale est donc d'envisager de très près les nécessités, les difficultés, les obstacles accumulés, imposés à la profession considérée dans sa forme la plus militante. Tout en se préoccupant de nos devoirs, et tout en groupant en un seul faisceau nos aspirations légitimes, ne doivent-elles pas aussi songer à nos droits, à nos besoins de chaque jour, et organiser la faible défense des nôtres contre l'exploitation et l'ingratitude d'autrui ? — Le Syndicat formé *par* notre association et *dans* notre Association a eu le souci et le mérite de prendre pour lui cette tâche, nous laissant en fait d'assistance le doux privilège de secourir ceux d'entre nous que la fortune aurait trahis, mais dont le soin qu'il prend de nos intérêts directs restreindra, je l'espère, de plus en plus le nombre dans l'avenir. »

Syndicat de Senlis
Réunion de Chantilly.

Le dimanche 3 juin, à 2 heures, les membres du Syndicat s'étaient donné rendez-vous à la station de Chantilly. Plusieurs membres du Syndicat de Compiègne s'étaient joints à la réunion qui a, débuté par une excursion aux étangs de *Commèles,* dans la forêt de Chantilly.

Le temps magnifique a permis aux sociétaires la visite du château et du parc. Les sujets à l'ordre du jour ont été renvoyés à la séance prochaine et remplacés par des conversations professionnelles et amicales.

Les repas confraternel a clos la journée et il a été suivi d'une conférence très intéressante de l'un des membres du Syndicat, M. le Dr *Bailly*, de *Chambly,* qui a démontré, l'instrument à la main, les avantages de sa méthode du stypage. Tous les auditeurs ont constaté qu'il était en effet on ne peut plus avantageux d'avoir à sa disposition une méthode qui vient suppléer l'emploi si fréquent et non sans inconvénients des injections hypodermiques et qui produit très souvent des effets curatifs durables.

Nous avons résumé la conférence de M. le Dr Bailly dans le n° 23 du *Concours médical.* Nous ne saurions trop recommander à nos lecteurs de se conformer strictement aux indications de notre confrère. C'est à cette condition qu'ils seront à même de faire disparaitre presque toujours les *souffrances* de leurs malades. Ils savent qu'on leur est toujours reconnaissant en pareille occurrence.

SOUSCRIPTION

Malgré le soin que notre distingué confrère M. le Dr Piogey, d'Asnières, avait mis à rendre sa signature illisible, Mme Vve Fichou a pu lui adresser ses remerciements pour la somme de cent francs qu'il lui a adressée. Nous tenons à joindre nos remerciements à ceux de la veuve et de l'orphelin. M. Piogey a bien voulu se souvenir des bons offices du *Concours médical*; se joindre au bien qu'il s'efforce de faire, c'est lui rendre le meilleur des services.

Pensées et maximes d'un vieux praticien.

On peut faire pendre un homme avec une ligne de son écriture ; il en faut quelquefois moins pour perdre un médecin : le sourire d'un confrère y suffit.

—

Si vous aimez et pratiquez les arts, la littérature et la musique, tenez, en de certains milieux, ces sentiments secrets comme vices honteux.

—

L'instinct de la conservation a autant de part que le cœur dans l'affection que certains malades vouent à leur médecin.

—

Un médecin à grande clientèle traite un peu ses malades comme un professeur ses élèves dans une classe nombreuse : il ne s'occupe que des plus intéressants.

—

A la campagne, un bon trotteur fait autant pour la réputation d'un jeune médecin qu'à la ville les plus beaux titres scientifiques.

—

La même redingote qui, à la ville, allèche le client, l'éloigne à la campagne.

—

Pour un homme qui se fait médecin par amour de la science ou de l'humanité, il en est beaucoup pour lesquels ce titre n'est qu'une vulgaire enseigne.

—

Tel est fui de ses confrères et adoré de nombreux clients ; le contraire peut aussi s'observer.

—

Il n'est pas, pour un médecin consciencieux, de plus terrible épreuve que de douter de soi-même ; c'est, par contre, pour un malade, une conjoncture redoutable d'être à la merci d'un praticien qui se croit infaillible.

—

Un médecin doit être le maître absolu de son cœur, de ses sens et de sa langue.

—

Les professions et les milieux façonnent le cerveau à leur mesure; autant de métiers, autant de manières de penser et autant de langages. L'architecte n'est bien compris que par l'architecte, le négociant par

le négociant, l'artiste par l'artiste, le médecin par le médecin. Ne discutons donc jamais médecine avec nos malades ; ils ne peuvent nous comprendre.

—

Il en coûte une cinquantaine de mille francs pour acquérir un diplôme de docteur ; beaucoup, après trente ans d'un labeur écrasant, ne récupèrent même pas cette première mise de fonds.

—

Il y a une populacerie médicale comme une populacerie politique ; l'une ne vaut pas mieux que l'autre.

(*A suivre.*)

NOUVELLES

Concours aux emplois d'élève en médecine du service de santé militaire. — Le ministre de la guerre a décidé, le 10 avril 1888, qu'un concours pour l'admission aux emplois d'élèves du service de santé militaire s'ouvrira à Alger, Amiens, Angers, Arras, Besançon, Bordeaux, Caen, Clermont-Ferrand, Dijon, Grenoble, Lille, Limoges, Lyon, Montpellier, Nantes, Paris, Poitiers, Reims, Rennes, Rouen, Toulouse, Tours, le 8 août 1888, pour l'épreuve écrite.

Les épreuves orales auront lieu :

A Paris, le 3 septembre ; à Lille, le 7 septembre ; à Nancy, le 13 septembre ; à Lyon, le 19 septembre ; à Montpellier, le 25 septembre ; à Bordeaux, le 29 septembre.

Les candidats admis seront répartis, d'après leur choix, entre les villes ci-dessous indiquées, qui possèdent à la fois un hôpital militaire ou des salles militaires dans un hospice civil, et une Faculté de médecine mixte, ou une école de plein exercice, ou une Ecole préparatoire, savoir :

Paris, Nancy, Montpellier, Lille, Lyon, Bordeaux, Marseille, Nantes, Arras, Amiens, Rouen, Reims, Besançon, Dijon, Tours, Angers, Rennes, Limoges, Clermont-Ferrand, Grenoble, Toulouse et à Alger.

Les élèves du service de santé militaire, attachés à une ville ne possédant pas une Faculté de médecine ou une Ecole de plein exercice, devront, après leur troisième année d'études, désigner la Faculté près de laquelle ils désireront achever leurs études et résider dans la ville où celle-ci est placée.

Les étudiants ayant de quatre à seize inscriptions (pour le doctorat) sont admis à concourir.

Les candidats devront être classés, d'après le nombre de leurs inscriptions, dans l'un des groupes suivants :

1° Etudiants ayant, au minimum, quatre inscriptions, et sept au maximum ; 2° étudiants ayant, au minimum, douze inscriptions, et quinze au maximum 3° étudiants ayant seize inscriptions.

Nul ne peut être admis au concours, s'il n'a préalablement justifié :

1° Qu'il est Français ou naturalisé; 2° qu'il a eu au 1er janvier de l'année du concours moins de vingt-deux ans pour les élèves ayant quatre inscriptions; moins de vingt-trois ans pour les élèves ayant de douze à quinze inscriptions ; moins de vingt-cinq ans pour les élèves ayant seize inscriptions ; 3° qu'il est apte à servir activement dans l'armée.

Toutes les conditions qui précèdent sont de rigueur et aucune dérogation ne pourra être autorisée pour quelque motif que ce soit.

L'exploitation des imbéciles. — L'audience correctionnelle de Bourgoin a été presque entièrement occupée par l'audition d'une douzaine de victimes des charlatans arrêtés à Bourgoin au commencement de février, puis relaxés sous caution. La crédulité des témoins à l'égard de ces banquistes a maintenu dans l'auditoire un rire continuel. Croire en effet qu'une infusion de copeaux ou de cailloux noirs concassés ou des frictions de saindoux coloré peuvent raccommoder une cuisse cassée, et faire pousser un nez à un enfant venu au monde privé de cet appendice, est un comble ... de naïveté. Les trois prévenus ayant fait défaut ont été condamnés, savoir : Funel, le docteur diplômé de 1re classe, bien que ne sachant pas lire, à 6 mois de prison et 500 francs d'amende ; Vadon, son acolyte, pharmacien, à 5 mois et 500 francs d'amende ; la femme Funel, ex-veuve Guillet, à 100 fr. d'amende. Et tous solidairement aux dépens.

(*Bulletin médical.*)

Nouveau procédé pour obtenir du vaccin. — M. Grigg, dans le *British medical Journal*, indique un nouveau procédé pour obtenir du vaccin sans ouvrir les pustules. Ce procédé consiste à faire tomber une goutte de glycérine pure au centre de la pustule, qu'on frictionne légèrement ensuite avec une pointe mousse, comme la tête d'une épingle de verre. Au bout de deux ou trois minutes, la goutte de glycérine a doublé de volume, s'étant chargée de lymphe, surtout si le bouton vaccinal est bien rempli. On peut, après s'en être servi, recommencer la petite manœuvre avec une deuxième et même une troisième goutte de glycérine. Le procédé serait aussi avantageux que simple et inoffensif, car la quantité du vaccin ainsi obtenu serait considérable, et l'auteur affirme que les résultats des vaccinations ainsi pratiquées sont aussi bons qu'on peut le désirer. (*Revue scientifique* et *Progrès médical*).

La *Société de médecine du Nord* décernera, en 1889, un prix de 500 francs au meilleur mémoire inédit sur un sujet de médecine ou de chirurgie.

Les mémoires doivent être écrits lisiblement en français ; une devise inscrite en tête du manuscrit sera répétée sur une enveloppe cachetée contenant le nom et l'adresse des auteurs. Tout concurrent qui se sera fait connaître directement ou indirectement, sera exclu du concours. Les mémoires devront être adressés franco, avant le 1er janvier 1889, *à M. le docteur Baudry*, secrétaire général de la Société, 14, rue Jacquemars-Giélée, Lille.

La société se réserve la propriété des manuscrits. Elle publiera dans le *Bulletin* le mémoire couronné et les travaux qui, sans mériter le prix, lui paraîtront néanmoins dignes de la publicité. Un tirage à part de 100 exemplaires sera adressé aux auteurs des mémoires publiés.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU CONCOURS MÉDICAL

M. le Dr Fauvel, à Rouen, présenté par le docteur De Welling, de Rouen.

M. le Dr Duprilot, à Chevreuse (S.-et-O.), présenté par le docteur Diard, de Rambouillet.

BIBLIOGRAPHIE

Nous venons de lire, avec un vif intérêt, les *Scènes de la Vie médicale* de M. le Dr Jules Cyr, médecin à Vichy. Notre confrère a eu le talent de renouveler des sujets déjà traités et de les présenter sous une forme très attrayante. Le style en est excellent et les récits sont empreints de sentiments de la plus haute droiture.

Table des matières : Mon premier accouchement ; mon mariage ; une consultation ; une bonne fortune ; la morsure du chien ; la vie médicale de petite ville ; le choix d'une spécialité ; le banquet Ganivet ; histoire d'un médicament ; fondation d'un journal ; consultants ; qui sine peccato ; prenez mon eau ; un dîner chez un laryngologiste, etc.

Le Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André, 3

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE

La spécialisation des agrégés des Facultés de médecine.

Depuis longtemps de bons esprits ont critiqué la manière défectueuse dont s'opère le recrutement des professeurs des chaires spéciales dans les Facultés de médecine. Si on excepte les chaires d'anatomie, de physiologie, d'accouchement et des sciences accessoires, pour lesquelles existent toujours des agrégés spéciaux, les autres : anatomie pathologique, hygiène, médecine légale, maladies mentales, maladies cutanées et syphilitiques, maladies des enfants, pathologie expérimentale et comparée, ophthalmologie, sont pourvues de titulaires, lorsqu'elles deviennent vacantes, par suite d'un choix fait parmi les agrégés de médecine et de chirurgie, qui ne se sont pas nécessairement préparés par des études spéciales pour chacune de ces spécialités. En effet, les épreuves du concours d'agrégation portent toutes sur la médecine et la chirurgie générales ; les concurrents qui en sont sortis victorieux ont prouvé la solidité et l'étendue de leurs connaissances générales. Mais cela suffit-il pour assurer un enseignement fructueux des branches spéciales de la médecine? Personne ne le soutiendra. Sans doute le titulaire nouvellement nommé se met aussitôt à la tâche pour acquérir le savoir technique que réclame l'enseignement particulier dont il se trouve chargé. Mais il lui faut quelquefois plusieurs années. La Faculté s'est émue de cette situation dont les inconvénients ont été souvent signalés. Une commission de professeurs dont le rapporteur a été M. Damaschino a proposé une réforme, qui a été adoptée par le conseil de la Faculté, et qui consiste dans la spécialisation de trois agrégés sur cinq *à la suite* des futurs concours ; le nombre des places à donner devra être de cinq chaque fois. A l'issue de chaque concours, la Faculté désignera d'office, d'après leurs travaux *antérieurs*, un ou *deux* agrégés pour *certaines* chaires spéciales; les suivants par rang de nomination choisiront selon leur convenance la chaire à laquelle ils seront attachés, et dès lors ils se prépareront à l'occuper plus tard soit en faisant des travaux spéciaux, soit en suppléant ou secondant le professeur.

« Les chaires pour lesquelles le rapport demande tout d'abord cette spécialisation sont les suivantes: 1° ophthalmologie; 2° pathologie expérimentale et comparée ; 3° anatomie pathologique ; 4° hygiène ; 5° médecine légale ; 6° maladies mentales; 7° maladies cutanées et syphilitiques.

Lorsque ces sept chaires seraient pourvues d'agrégés spéciaux, on passerait ensuite aux chaires de thérapeutique, des maladies nerveuses, des maladies des enfants.

Quant aux agrégés libres, actuellement en fonctions, ils seront invités par la Faculté à choisir, s'ils le désirent, telle ou telle des sept chaires d'ores et déjà spécialisées.

Relativement aux agrégés des concours à venir, la Faculté les désignera en son Conseil, au mieux des intérêts de l'enseignement, pour telle ou telle chaire. Si, à défaut d'affectations nettement indiquées par des travaux antérieurs, la Faculté ne fait pas de désignation d'office, les agrégés nommés choisiront, dans l'ordre de leur nomination, deux une chaire non spécialisée, trois une chaire spécialisée. »

Comme notre confrère de la *Tribune médicale*, nous pensons que ce n'est pas encore la meilleure solution de la question. Ce n'est pas *après* le concours, mais *avant*, qu'il faudrait exiger une spécialisation de la part des candidats qui ambitionnont chaire spéciale. Sans doute on ne sait pas

dès le doctorat vers quelle branche on se sent attiré ; on peut répugner à toute spécialisation et ne désirer que les chaires de pathologie et de clinique. Mais trois ou six ans plus tard, époque à laquelle seulement en général on se présente, avec chances de succès au concours d'agrégation, bon nombre de médecins ont déjà suivi une voie spéciale. Si, outre les épreuves générales de pathologie et de clinique, on exigeait de ceux qui désirent se spécialiser une épreuve spéciale et des travaux antérieurs spéciaux, il n'est pas douteux qu'on assurerait beaucoup plus efficacement un recrutement fructueux pour les chaires spéciales.

Inspection de l'enseignement supérieur et des services d'hygiène.

On sait que, par mesure d'économie budgétaire, les inspecteurs généraux de l'enseignement supérieur ont été supprimés. Mais il paraît que, si on a supprimé les fonctionnaires, la nécessité de la fonction persiste, puisque le décret du 20 avril 1888 édicte :

« Des missions temporaires pour l'inspection des Facultés de l'Etat et la surveillance des établissements libres d'enseignement supérieur peuvent être confiées à des membres du Comité consultatif de l'enseignement public (section de l'enseignement supérieur). »

Il est vraisemblable que ces inspecteurs temporaires seront rétribués : dès lors où sera l'économie ? Et en revanche auront-ils l'autorité et la compétence que donnait autrefois la permanence de la fonction ?

Quant à l'inspection des services d'hygiène, elle a été provisoirement réglée de la manière suivante :

« Par décret en date du 23 avril, rendu sur la proposition du ministre du commerce, les professeurs d'hygiène des Facultés de médecine des départements rempliront, sous l'autorité du ministre du commerce et de l'industrie, les fonctions d'inspecteurs régionaux des services de l'hygiène publique, chacun dans la circonscription territoriale de la Faculté à laquelle il est attaché. Ils correspondront avec le médecin des épidémies et avec le Conseil d'hygiène publique et de salubrité de cette circonscription. Des arrêtés du ministre du commerce pourvoiront aux mesures de détail.

Pour la circonscription de Paris, le professeur d'hygiène étant en même temps inspecteur général des services sanitaires, il n'a point paru nécessaire de lui confier à nouveau, et pour une partie des départements, une attribution qu'il tient de ses fonctions actuelles pour tout le territoire de la République. Dans le cas où ces doubles fonctions ne seraient plus réunies dans la même personne, le professeur d'hygiène de la Faculté de Paris pourrait être investi, comme ses collègues des départements, des fonctions d'inspecteur régional. » — A quand une bonne loi d'ensemble sur l'organisation de la médecine publique ?

Infection puerpérale.

Dans la précédente séance de l'Académie, M. *Arloing* avait rappelé à propos d'une communication de M. F. Widal, des recherches commencées par lui et par M. Chauveau sur le même sujet dès 1884 ; il ajoutait être arrivé aux mêmes conclusions que M. Widal sur l'identité des formes de l'infection puerpérale. M. Widal a protesté contre cette réclamation par la note suivante :

« Les conclusions de M. Arloing sont uniquement basées sur l'expérimentation. Ayant retiré des lochies du pus et du sang de femmes mortes d'infection puerpérale, sans autre désignation de provenance, le streptocoque déjà isolé et cultivé par M. Pasteur en 1879, il a déterminé, en l'inoculant à des lapins, des septicémies expérimentales diverses. De ces faits observés chez le lapin, M. Arloing, après M. Chauveau, tire cette conclusion absolue que les différentes formes de la septicémie puerpérale reconnaissent un seul agent qui, suivant son activité, produit l'une ou l'autre.

Dans notre note, il n'est pas question d'expérimentation sur ce sujet. Nous constatons l'identité de différentes variétés de l'infection puerpérale chez la femme en nous appuyant uniquemeut sur l'examen histologique et bactériologique que nous croyons avoir été les premiers à pratiquer sur des femmes mortes de septicémie sans lésions et sans suppuration ou d'infection à forme pseudo-membraneuse. Nous disons encore que, dans un cas, nous avons trouvé au lieu du streptococcus pyogène, une bactérie spéciale.

Faisant allusion à notre conclusion sur l'érysipèle, M. Arloing s'exprime ainsi :

« Quant à l'analogie que M. Widal admet entre le streptocoque de l'infection puerpérale, celui de l'érysipèle et de la suppuration, je l'avais entrevue après M. Chauveau et en même temps que M. Fraenkel en 1884, comme l'atteste le dernier passage de ma note à l'Académie des sciences ; mais je n'ai pas poursuivi d'expériences particulières sur ce point de la question. »

Or, en relisant la communication faite par M. Arloing en 1884, nous trouvons, touchant les rapports de l'infection puerpérale et de l'érysipèle, une seule phrase, la suivante, qui n'est qu'une citation de Fraenkel : « L'auteur (Fraenkel) est disposé à admettre des relations entre les cocci de l'érysipèle phlegmoneux et ceux de la péritonite puerpérale. »

Les expériences que M. Arloing n'a pas entreprises pour éclairer ce point de la question, sont celles précisément qui ont été menées à fin par Doyen d'abord (Académie de Médecine, 13 mars 1888) et par nous-mêmes ensuite.

En résumé, à des idées qui règnent en clinique depuis fort longtemps, M. Arloing, après M. Chauveau, avait essayé de donner un appui expérimental. C'est la réalité de ces idées que nous croyons avoir démontrée par l'anatomie pathologique.

Nos conclusions n'ont pas, avec celles de M. Arloing, toute l'analogie qu'il a voulu trouver. Il affirme que l'infection puerpérale n'est due qu'à un seul microbe et nous avons montré que les accidents infectieux puerpéraux pouvaient être produits au moins par deux organismes.

Enfin, les faits sur lesquels s'appuient nos conclusions n'ont pas le moindre rapport avec ceux avancés par lui. »

Origine infectieuse de certains ulcères simples de l'estomac ou du duodénum.

M. *Maurice Letulle* signale à l'Académie des Sciences qu'il a constaté, à diverses reprises, une corrélation évidente, pour certains faits, entre l'év

lution d'une maladie infectieuse et le développement de lésions ulcéreuses au niveau de l'appareil gastro-duodénal.

Deux observations qu'il communique ont entre elles un point de parenté qui est l'apparition d'un ulcère simple de l'estomac ou du duodénum au décours d'une maladie infectieuse en voie de guérison. Elles ont encore un même lien pathogénique qui est le suivant : les *maladies infectieuses* qui peuvent, jusqu'à une époque plus ou moins avancée de leur évolution, donner lieu à des embolies microbiennes, collectant parfois leurs colonies au niveau de la région gastro-duodénale.

La formation de ces foyers secondaires au-dessous de la muqueuse expose cette dernière à une destruction ulcérative d'autant plus rapide que l'état fonctionnel antérieur de l'organe était moins régulier ou que l'acidité normale de son contenu est plus considérable.

M. Letulle a pu faire la preuve anatomo-pathologique et expérimentale de cette conception pathogénique qui, s'adressant à une catégorie bien déterminée de faits, n'a nullement la prétention de battre en brèche les idées doctrinales actuellement régnantes, mais peut, au contraire, leur venir en aide.

Une autopsie de septicémie puerpérale lui a permis d'étudier deux ulcérations hémorrhagiques récentes de l'estomac. Les veinules sous-jacentes à la muqueuse ulcérée étaient thrombosées et le caillot fibrineux contenait une grande quantité de streptococci ; les sinus veineux de l'utérus étaient d'ailleurs farcis des mêmes colonies.

M. Letulle a pu reproduire comme preuve expérimentale sur le cobaye les mêmes lésions muqueuses et sous-muqueuses, non seulement avec les cultures pures de la dysenterie, mais encore avec les staphylococcus pyogenes aureus. Les lésions obtenues variaient depuis des ecchymoses jusqu'à de vastes ulcérations arrondies, menaçant de perforer les parois de l'estomac expérimentalement dilaté.

On peut conclure de ces faits que le mécanisme qui préside à l'établissement de ces lésions ulcératives d'origine infectieuse peut être double :

Tantôt — et ce sont les cas qui paraissent les plus rares — l'ingestion de germes pathogènes déglutis permet leur culture à la surface de la muqueuse gastro-duodénale.

Tantôt les éléments morbigènes véhiculés au hasard des courants sanguins ou lymphatiques viennent se greffer dans les mailles du tissu conjonctif sous-muqueux. Là, les parasites, trouvant un terrain favorable à leur développement, entravent l'apport des sucs nutritifs et exposent la muqueuse correspondante à la corrosion des liquides acides qui la baignent.

Ces faits paraissent éclairer quelques-unes des nombreuses obscurités qui entourent encore aujourd'hui l'histoire de l'ulcère simple de l'estomac et du duodénum.

Transmissibilité du tétanos traumatique de l'homme à l'homme.

L'observation suivante apporte un appui à l'opinion de M. Verneuil.

« Le 20 janvier 1888, dit M. Berger, un homme atteint de tétanos traumatique grave consécutif à une brûlure profonde de la main, entre dans mon service. Le 23, l'état du blessé ayant empiré, malgré la médication au chloral, l'amputation de l'avant-bras est pratiquée; mais, auparavant, je prend l'avis de M. Nélaton, auquel je montre le malade. Celui-ci, après une amélioration assez marquée, meurt huit jours près l'opération.

M. Nélaton, en sortant de mon service, rentre dans ses salles et aussitôt, après avoir pris les précautions antiseptiques ordinaires, il panse un jeune garçon, entré trois jours auparavant avec une plaie contuse de la cuisse. M. Nélaton n'avait pas touché le tétanique, mais il s'était appuyé sur son lit ; il ne peut du reste affirmer que ses élèves aient pris les mêmes précautions que lui. — Quoi qu'il en soit, le petit blessé en question est pris du tétanos sept jours après. Il guérit en un mois environ, grâce à la médication au chloral employée avec vigueur dès le début.

Malgré les précautions antiseptiques prises par M. Nélaton, précautions dont l'efficacité à l'égard de l'infection tétanique, si celle-ci existe, est au moins problématique, je pense que la transmission du tétanos du blessé au second est ici nettement indiquée. Je rappellerai les exemples analogues de transmission du tétanos de l'homme qui ont été réunis par M. Verneuil dans ses recherches sur la nature, l'origine et la pathogénie du tétanos, et principalement les épidémies de maison et d'hôpital qui ont été publiées.

Le fait présent est en outre confirmatif des opinions de M. Verneuil sur l'origine équine du tétanos : le premier des tétaniques dont je rapporte l'observation, allait tous les jours à l'écurie, après sa blessure, pour y prendre de l'avoine.

J'ai réuni, à ce point de vue, les documents étiologiques relatifs aux six cas de tétanos traumatique que j'ai soignés jusqu'à présent. Quatre de ces blessés, soit par le mode de production de la plaie, soit par leur habitation ou leurs habitudes, étaient, au moment de leur blessure ou depuis lors, en relation avec les chevaux. Chez un cinquième, la contagion de l'homme à l'homme était invraisemblable. Chez le dernier, il n'y avait pas de relations avec des chevaux, mais un contact tellurique indiscutable.

Ces faits viennent donc à l'appui de la doctrine de M. Verneuil ; ils paraissent concorder avec l'hypothèse d'une origine infectieuse du tétanos, et d'eux d'entre eux semblent indiquer sa transmissibilité de l'homme à l'homme. »

MÉDECINE PRATIQUE

Lésions de l'intestin chez les tuberculeux.

Prophylaxie et traitement.

La fréquence des troubles intestinaux chez les tuberculeux, l'influence fâcheuse qu'ils exercent sur l'évolution des lésions du poumon et sur l'état général ont toujours préoccupé les médecins à juste titre. M. le Dr *Girode*, interne, médaille d'or des hôpitaux, a repris avec un soin tout particulier l'étude de l'intestin des tuberculeux et ne laissera plus grand chose à glaner à ceux qui viendront après lui.

I

L'intestin est constamment altéré chez les tuberculeux. C'est dans la fin de l'iléon et le cœcum que les lésions prédominent habituellement.

On peut observer : 1° des lésions simples non tuberculeuses; 2° des lésions spécifiques tuberculeuses.

Parmi les premières, M. Girode accorde une mention spéciale aux altérations microscopiques des glandes tuberculeuses : métamorphose caliciforme de l'épithélium, allongement et bourgeonnement des culs-de-sac, formations adénomateuses au-dessous de la région glandulaire, enfin présence dans la paroi intestinale d'adénomes vrais encapsulés.

La lésion spécifique, le tubercule, offre dans l'intestin les mêmes aspects qu'ailleurs, se caséifiant et s'ulcérant. Les granulations sont disséminées dans toute la paroi, mais surtout sous le péritoine et dans la muqueuse, surtout dans les follicules clos. On observe principalement le tubercule jaune, rarement les granulations grises. Le tubercule diffus, infiltré, massif, est rare, mais incontestable.

Les ulcérations varient d'aspect : on a les ulcères folliculaires ou enticulaires du début, l'ulcération longitudinale qui est très fréquente et occupe les plaques de Peyer, l'ulcère annulaire qui semble plus rare qu'on ne l'a dit, et d'autres formes irrégulières. Le système lymphatique joue un rôle prédominant dans leur développement.

Les ulcères intestinaux aboutissent parfois à la perforation, plus rarement à la cicatrisation qui peut entraîner un rétrécissement, surtout à la suite des ulcères annulaires.

Parmi les lésions secondaires d'envahissement, il faut signaler la péritonite, la lymphangite, les adénopathies mésentériques. La lymphangite tuberculeuse sous-péritonéale est fréquente. On trouve des vaisseaux lymphatiques noueux, remplis de granulations tuberculeuses. A côté de la lymphangite vraie, semblent se placer des thromboses lymphatiques par simple stase.

Les adénopathies mésentériques sont presque constantes, plus marquées chez les jeunes sujets, en rapport avec le siège et non avec l'importance des lésions tuberculeuses. La dégénérescence peut se prolonger le long du canal thoracique, mais M. Girode n'a pas vu ce conduit lui-même tuberculisé.

Ce n'est pas le lieu de décrire les lésions histologiques que M. Girode a étudiées avec un soin et une compétence indiscutables. Disons seulement que le bacille de Koch existe dans toutes les formes de lésions tuberculeuses.

II

L'infection du tube intestinal se fait surtout par les aliments bacillifères dans l'entérite tuberculeuse primitive, plus commune chez les enfants, et par les crachats dans la forme secondaire plus fréquente chez l'adulte.

Villemin avait montré que l'ingestion de matières tuberculeuses peut déterminer l'infection. Chauveau, plus tard, confirmait ses recherches, ainsi que Gerlach, Klebs, Bollinger, Parrot, Toussaint, Raymond.

Les propriétés infectieuses du lait de vaches tuberculeuses, c'est-à-dire atteintes de la pommelière, étaient admises au Congrès de Dusseldorf (1876). On expliquait de cette manière la grande fréquence de la tuberculose abdominale chez l'enfant, et on concluait à la nécessité de faire *bouillir* le lait avant de le livrer à la consommation.

Chauveau avait d'abord avancé que le lait ne peut produire l'infection que dans les cas où il existe une tuberculose locale de la mamelle ou des trayons. Koch a nié aussi que le lait fût bacillifère, la mamelle étant saine. Bang, observant 27 cas de tuberculose mammaire chez la vache, constatait que dans tous ces cas le lait contenait des bacilles, et fournissait des infections positives par inoculation et par ingestion.

Mais, contrairement à Koch, il admet aussi que le lait peut même contenir des bacilles quand la mamelle est saine. H. Martin, ayant pris au hasard du lait vendu sous les portes à Paris, a réussi une fois sur trois à produire l'inoculation tuberculeuse bacillaire avec ce lait.

Les propriétés infectantes de la viande d'animaux tuberculeux a donné lieu à de très importantes recherches. La consommation porte le plus habituellement sur la *chair musculaire* qui n'est qu'exceptionnellement le lieu de développement de produits tuberculeux, tandis que les organes le plus souvent atteints de tuberculose, tels que le poumon, le ris de veau (Koch), la rate, les ganglions mésentériques ne servent guère à l'alimentation. On peut espérer qu'une coction suffisante des aliments neutralise d'ailleurs le virus.

Cependant Toussaint a produit l'infection tuberculeuse par le jus de viande chauffée et Mondel avec la viande même. Galtier a montré que la viande, portée seulement à 60° ou 70°, c'est-à-dire consommée sous forme de viande cuite saignante, conserve ses propriétés virulentes. Le lait bacillifère n'est pas non plus stérilisé par cette température.

Si les produits tuberculeux introduits par ingestion dans le tube digestif portent surtout leur action sur l'intestin, cela tient probablement à ce que la matière infectante passe rapidement dans l'œsophage, à ce que l'acidité du suc gastrique peut détruire ses propriétés (Conheim, Koch). L'existence d'un catarrhe gastrique, faisant perdre au suc gastrique sa richesse en acide chlorhydrique, peut permettre aux bacilles de passer sans modification dans l'intestin.

M. Bouchard et moi, nous avons insisté sur ce rôle défensif de sentinelle avancée que joue l'estomac par

rapport à l'intestin, quand nous avons montré que la fièvre typhoïde, comme l'helmintiase intestinale, est surtout fréquente chez les individus atteints de dyspepsie habituelle, notamment de dilatation de l'estomac.

La tuberculose est également préparée, comme nous l'avons montré, dans près de la moitié des cas, par des troubles dyspeptiques manifestes ou latents (dilatation gastrique).

Quand les bacilles ingérés ou leurs spores (beaucoup plus résistantes) ont échappé à la vigilance de l'estomac, c'est dans les points de l'intestin où le contact entre la paroi et le contenu se prolonge, que l'inoculation se fait de préférence, c'est-à-dire à la fin de l'iléon, dans le cœcum, à l'angle du cœcum et du côlon.

Les irritations antérieures jouent un rôle adjuvant et préparatoire considérable. On a signalé depuis longtemps la typhlite à répétition comme fréquente dans les antécédents des sujets atteints de tuberculose intestinale.

Il paraît incontestable que l'inflammation chronique de la muqueuse intestinale (entérite prétuberculeuse) prépare la germination du tubercule ; l'épithélium perd sa vitalité, tombe par places ; les érosions qui en résultent favorisent la pénétration des bacilles (Leblond, Rilliet et Barthez, Fonssagrives, Hanot). Baumgarten a montré, par des expériences sur les animaux que le mélange de corps durs, anguleux, aux produits infectants, est une cause adjuvante considérable pour l'inoculation.

La diarrhée est le symptôme dominant de la tuberculisation intestinale. Elle est précoce, tenace, particulièrement fétide, noire, lientérique à la fin. Les évacuations sont indolentes. Le bacille se retrouve dans les selles, avec des globules sanguins qui attestent la fréquence de petits suintements sanguins.

Les vraies hémorrhagies intestinales ne sont pas très rares. Elles s'observent dans la phthisie aiguë, ou accompagnent la forme chronique, soit précoces, soit tardives, à la période d'ulcération. On en a vu de foudroyantes.

III

PROPHYLAXIE. Les considérations précédentes inspirent à M. Girode des aperçus très judicieux sur la prophylaxie.

Il faudra surveiller l'hygiène alimentaire chez les phthisiques ou les sujets prédisposés, surtout les enfants. Toutes les causes d'irritation ou d'inflammation du tube digestif seront écartées avec soin. Le danger de la déglutition des crachats sera signalé aux individus en état de le comprendre ; malheureusement, il est surtout à craindre chez les sujets jeunes où l'on n'en peut guère prévenir les fâcheux effets.

Le lait provenant de vaches atteintes notoirement de la pommelière doit être rejeté ; tout lait suspect sera soumis à une ébullition complète pendant quelques minutes. Nous pensons que le lait de vache utilisé pour l'allaitement artificiel, dans les villes surtout, devra toujours être bouilli.

La question de la viande d'animaux tuberculeux est plus difficile à juger : la remarque de Koch, qu'on utilise surtout la chair musculaire, et que celle-ci est très exceptionnellement infectée, semble indiquer un danger peu considérable. Toutefois, il faut se rappeler les expériences de Toussaint. Il est à souhaiter que, par les progrès de l'hygiène générale, non seulement la CHAIR MUSCULAIRE SEULE des animaux malades soit utilisée et soumise à une coction suffisante, mais qu'on écarte systématiquement et rigoureusement de l'alimentation toute partie provenant d'animaux suspects.

La THÉRAPEUTIQUE proprement dite des lésions intestinales de la tuberculose s'inspirera surtout de l'hygiène. L'hygiène en effet et la diététique jouent le principal rôle. Le choix d'aliments bien appropriés s'impose, aliments réparateurs sous un petit volume, d'une digestion facile, laissant peu de résidus, les viandes suffisamment cuites, le poisson frais, les œufs, le lait de vache, le lait d'ânesse simple ou additionné d'eau de chaux (quand la diarrhée est pressante), les aliments féculents, surtout les légumes secs décortiqués avec soin et réduits en purée. Les poudres de viandes médicamenteuses préparées suivant la méthode de M. Debove, peuvent rendre de grands services, quand elles sont prises sans dégoût et bien supportées.

Quand il existe une douleur locale durable, on pourra employer les applications chaudes, ou au contraire glacées, si les symptômes inflammatoires sont évidents. On a conseillé les vésicatoires volants répétés, les frictions au baume de Fioraventi, à l'eau de Cologne (Peter), les *vésicatoires pansés à la morphine* (Spillmann). L'injection hypodermique de chlorhydrate de morphine est le moyen le plus efficace.

Quand la douleur prend la forme de colique, elle sera plus utilement amendée par les applications chaudes renouvelées, et les lavements laudanisés.

Les phénomènes douloureux seront, du reste, en partie combattus par quelques préparations employées contre la diarrhée. Nous rappellerons seulement les plus utilisées, l'opium et ses composés ou dérivés, morphine, codéine, thériaque, diascordium, élixir parégorique. Des doses de 1 à 3 grammes d'élixir parégorique (ou davantage suivant les cas) pourront rendre de vrais services. Les préparations belladonées ont une heureuse influence sur les perversions nervo-motrices qui jouent un rôle important dans la diarrhée du début (G. Sée). D'après le même auteur, le régime exclusif à la viande crue réussit quelquefois seul. Toutefois, la viande crue est suspecte à M. Potain, par crainte de la tuberculose elle-même et du tœnia.

Les absorbants pourront être prescrits, seuls ou unis aux opiacés. On emploie surtout le charbon (Récamier), la craie préparée seule ou associée au phosphate de chaux (Potain), le sous-nitrate de bismuth (Trousseau) ou le salicylate qui est plus antiseptique. On a du reste proposé l'acide salicylique comme antiseptique intestinal (Jaccoud). M. Potain, dans quelques cas, remplace le phosphate de chaux par le bioxyde de manganèse à la dose de 0 g. 50 à 1 gramme ; comme les autres absorbants, il

est préférable de le donner à jeun, car il agit par contact. On a lu dans un précédent numéro que M. Debove a préconisé la poudre de talc à hautes doses.

Quant à nous, nous avons obtenu des avantages marqués avec *l'antisepsie intestinale* suivant la méthode de M. Bouchard. Chaque ingestion alimentaire doit être accompagnée d'un cachet contenant 0 gr. 50 de naphtol et de 0,25 de salicylate de bismuth. La dose totale de naphtol peut être portée à 2 gr. 50 par 24 heures.

Graves conseillait le nitrate d'argent à l'intérieur. Lebert, Leube ont recommandé les lavements au nitrate d'argent à 1 pour 100, au sulfate de zinc, à l'acide phénique, spécialement dans la colite tuberculeuse dysentériforme. Le sulfate de zinc a été employé par Lasègue ; M. Legroux utilise aussi ce *collyre intestinal*, suivant l'expression de Lasègue.

M. G. Sée rejette les astringents tanniques, le nitrate d'argent ; il conseille la térébenthine associée à l'opium (trois ou quatre cuillerées par jour d'un mélange à parties égales de sirop diacode et de sirop de térébenthine). La quinine (J. Simon), associée à l'opium, a semblé présenter quelques avantages au moins temporaires dans la diarrhée incoercible et vraiment désespérante des dernières semaines.

Bourdon et Chouppe ont vanté dans la diarrhée tuberculeuse les lavements à la décoction de racine d'ipécacuanha.

Avec Guéneau de Mussy, M. Jaccoud pense qu'on peut obtenir parfois de bons résultats en faisant prendre, dans la diarrhée du début, un ou deux verres d'eau purgative saline. Il conseille, dans les cas rebelles, les larges badigeonnages iodés, les applications de collodion. M. Ferrand prescrit des lavements de décoction de pavot additionnés d'une cuillerée à soupe d'eau-de-vie, ou d'une cuillerée à café de teinture de ratanhia.

On pourra ajouter utilement les vins de Bordeaux ou d'Espagne, l'eau-de-vie, le rhum dans de l'eau-de-vie, le rhum dans de l'eau chaude sucrée (G. Sée).

En variant, suivant les cas, les préparations, le mode d'administration, les doses, on pourra procurer aux malades un réel soulagement. Nous n'insistons pas sur la nécessité de modifier le traitement général de la tuberculose suivant le fonctionnement du tube digestif, en ce qui concerne en particulier l'huile de foie de morue, la créosote, etc.

Quant aux complications, hémorrhagies, perforations, elles sont justiciables des moyens ordinaires en pareil cas ; du reste, lorsqu'elles ne sont pas méconnues, elles déjouent souvent avec rapidité toute intervention efficace.

On peut voir par l'analyse du travail excellent de M. Girode que la question étudiée par lui si complètement est de celles qui intéressent au plus haut degré les praticiens.

P. Le Gendre.

REVUE DE GYNÉCOLOGIE ET D'OBSTÉTRIQUE.

Des Salpingites.

On a beaucoup exagéré la fréquence et l'incurabilité de certaines formes de *métrite chronique* qui seraient rebelles à tout traitement : si, dans nombre de cas, le médecin voit échouer toutes les ressources que lui fournit la thérapeutique utérine contre les troubles divers qu'accuse la femme, c'est souvent qu'il y a eu erreur dans le diagnostic.

On croit que l'utérus est malade et qu'il est seul malade ; c'est lui seul qu'on vise, c'est lui seul qu'on traite par des moyens variés (cautérisations du col, ignipuncture, injections intra-utérines caustiques, raclage de la cavité, etc.), alors que tout le mal ou presque tout le mal vient des parties avoisinantes (trompes, ovaires, etc.).

Aussi est-ce avec raison que, depuis quelques années, on insiste sur la fréquence relative des *salpingites* et des *salpingo-ovarites* dans la pathologie des organes génitaux internes de la femme. Lawson Tait a le premier signalé combien était importante cette donnée nouvelle ; ses recherches ont été confirmées par nombre d'auteurs étrangers (Hering, Bandl, Mundé, Orthmann, Martin, Hegar, etc.), et en France, par les travaux et observations de Cornil et Terrillon, L. Championnière, Terrier, Pozzi, Routier, etc. Cette question a pris une importance assez grande pour que deux de nos plus distingués collègues et amis, les Drs A. Lavie (1) et Monprofit (2), y aient consacré leur thèse inaugurale : nous étudierons avec eux l'anatomie pathologique, l'étiologie, la symptomatologie, le diagnostic et le traitement de ces affections qui, si elles ne sont pas nouvelles, sont du moins mieux reconnues et traitées d'une façon plus radicale et plus efficace.

II

Les altérations des *trompes* sont très variées et il est assez difficile d'en établir une classification exacte. Elles sont plus souvent bi-latérales qu'unilatérales (Lawson Tait) ; elles diffèrent suivant que l'inflammation est *aiguë* ou *chronique*.

Dans la *salpingite aiguë*, la surface séreuse de la trompe est vascularisée, congestionnée et parfois recouverte de fausses membranes péritonéales. La trompe est plus résistante à la pression, généralement peu augmentée de volume ; le maximum de la dilatation siège à la partie externe, vers le pavillon. Les lésions péritonéales sont plus ou moins intenses, suivant la variété d'inflammation de la trompe qui leur a donné naissance.

Les lésions de la *salpingite chronique*, sont nombreuses, et commencent à être bien connues ; on en distingue plusieurs formes :

1° La *salpingite catarrhale végétante*, qui est la plus fréquente, est souvent le premier degré de quelques-unes des autres formes anatomiques. La trompe est augmentée de volume, irrégulière ; elle peut être deux ou trois fois plus grosse qu'à l'état normal. Les franges du pavillon sont épaissies et comme œdémateuses, mais présentent peu d'adhérences avec les organes voisins, même avec l'ovaire,

(1) Des salpingites, Th. Lavie 1888. Davy, éd.

(2) Salpingites et ovarites. Th. Monprofit, 1888. G. Steinheil, éd.

par suite de l'ampliation de la trompe dans le sens antéro-postérieur, sa mobilité se trouve supprimée. — A la coupe de la trompe, on remarque un épaississement très prononcé des parois, surtout au niveau de la couche muqueuse ; sur cette dernière se trouvent des végétations (villosités normales hypertrophiées) assez volumineuses, anastomosées entre elles et dont l'aspect rappelle tantôt la structure du tissu aréolaire, tantôt celle d'une véritable glande en tube.

2° La *salpingite interstitielle ou pachysalpingite* est considérée comme fréquente par les chirurgiens américains (Mundé). Le calibre de la trompe qui présente une dureté presque ligneuse, est souvent normal ou rétréci, jamais augmenté. On ne rencontre dans la cavité de la trompe que quelques gouttes de liquide.

3° *Abcès de la trompe de Fallope (salpingite suppurée, pyo-salpingite).* — La trompe, devenue le siège d'un abcès et distendue par une collection purulente, est généralement tout à fait déformée ; elle est assez difficile à reconnaître, étant toujours recouverte et masquée par des fausses membranes épaisses qui modifient beaucoup son aspect et ses rapports. Elle présente des modifications de forme qui tiennent pour la plupart à l'abondance plus ou moins grande du liquide et au siège des oblitérations de la trompe.

La grosseur des pyo-salpingites varie beaucoup : tantôt elles ne dépassent pas le volume d'une noix ou d'un petit œuf, tantôt elles atteignent les dimensions d'une tête de fœtus, d'un estomac moyennement distendu (L. Championnière). — Dans cette variété d'inflammation de la trompe, la tunique fibro-musculaire est généralement épaissie.

La *salpingite tuberculeuse* ou *abcès froid* de la trompe doit être regardée comme une variété de *pyo-salpingite*.

4° L'*hydro-salpingite*, formée par l'accumulation de sérosité dans les trompes, présente également de très grandes variétés de volume et de forme ; on constate à la surface de la tumeur moins de fausses membranes que dans les autres variétés de salpingites ; l'épaisseur des parois est aussi beaucoup moindre. — Cette hydropisie, due à l'occlusion des extrémités de la trompe, résulte beaucoup plus souvent d'une oblitération de l'orifice péritonéal que de l'orifice utérin (Schrœder).

5° *Hématome de la trompe.* Les hématomes de la trompe acquièrent rarement un très grand volume. On trouve généralement dans la trompe 100 ou 150 gr. de sang ; comme dans toutes les collections liquides des trompes, on observe la persistance fréquente de l'orifice tubo-utérin et la possibilité du passage du sang par l'utérus.

Les lésions restent rarement limitées aux trompes ; elles atteignent en même temps l'ovaire, le ligament large, le péritoine du petit bassin ; les deux variétés d'altérations de l'ovaire les plus fréquentes sont les dégénérescences kystiques et les suppurations collectées en un seul foyer ou formant de petits abcès distincts.

On observe, du côté de l'utérus des lésions constantes d'endométrite et des déviations variées, primitives ou consécutives.

Tous les organes du petit bassin sont modifiés par l'inflammation, par les adhérences qui se produisent avec l'intestin, l'épiploon, l'utérus ; il se produit des déplacements de l'ovaire et de la trompe qui ont la plus grande importance au point de vue chirurgical.

III

La continuité des muqueuses de l'utérus et de la trompe de Fallope explique comment la salpingite est souvent la suite et la conséquence de l'endométrite : que l'utérus vienne à s'enflammer par suite d'une infection quelconque, il est à craindre que le processus inflammatoire ne se propage à la muqueuse de la trompe et ne détermine les lésions que nous venons d'étudier. Voyons donc quelles sont les causes les plus fréquentes de la *salpingite*.

C'est le plus souvent à la suite d'un *avortement* ou d'*un accouchement* que se développe la salpingite. L'antisepsie a été mal faite ; la plaie utérine a été infectée. Il ne s'agit pas ici de cette forme suraiguë d'infection puerpérale qui enlève la malade en quelques jours, mais de ces septicémies atténuées qui, si elles ne tuent pas, blessent fortement l'organisme génital de la femme. La métrite est créée : elle ne tardera pas à produire la salpingite. — Alors même qu'il n'y a pas eu d'infection puerpérale même légère, la femme qui vient d'accoucher ou d'avorter peut être atteinte de métrite et par conséquent de, salpingite lorsque l'involution utérine ne se fait pas régulièrement. L'utérus reste gros, entr'ouvert, rempli de lacunes lymphatiques qui deviennent le siège d'une inflammation chronique.

Une simple métrite, aiguë ou passée à l'état chronique, peut également produire la salpingite ; il en est de même de toute ulcération du col, de toute plaie utérine qui n'est pas pansée antiseptiquement.

Lorsqu'un médecin pratique sur l'utérus une opération, même très légère, il doit veiller à ce que ses instruments (spéculum, hystéromètre, curette, scarificateur, etc.), que les pièces de pansement (coton, gaze, tiges dilatatrices, etc.) soient rigoureusement aseptiques. Faute de ces précautions, il s'expose à produire une endométrite d'inoculation qui se propagera à la muqueuse de la trompe. Lorsque l'utérus est enflammé, il faut veiller à ce que les liquides qu'il sécrète s'écoulent facilement et parer aux accidents de rétention que pourraient produire l'atrésie du col, les fibromes utérins, les déviations utérines en s'opposant au libre écoulement des liquides purulents.

La *blennorrhagie*, souvent latente chez la femme, mais qui est le point de départ de complications profondes assez sérieuses, est une cause très fréquente de salpingite. Cette infection blennorrhagique profonde se manifeste sous deux formes : tantôt la forme aiguë, bien décrite par Bernutz et qui éclate vers la troisième semaine de la maladie, tantôt une forme tardive qui survient seulement après plusieurs années.

La *tuberculose* a été depuis longtemps signalée par Aran, Bernutz, Siredey, Brouardel, comme atteignant souvent les trompes. On peut distinguer ici deux catégories de salpingites, suivant que la tuberculose génitale survient chez des malades déjà atteints de tuberculisation générale ou qu'au contraire elle survient à titre d'infection primitive locale. Quant au problème de l'infection directe des organes génitaux, il est loin d'être résolu. La salpingite tuberculeuse a son maximum de fréquence de 20 à 40 ans, au moment où les organes génitaux ont la fonction la plus active.

Les inflammations antérieures des organes du petit bassin constituent également un point d'appel des plus importants ; il semble que l'inflammation précédant le tubercule lui prépare le terrain, favorise et provoque son apparition (Hanot).

Il est en outre un certain de nombre de causes qui peuvent produire la salpingite et qui ne sont pas encore bien connues ; Lawson Tait admet l'influence des fièvres éruptives, notamment de la scarlatine, sur l'inflammation des trompes. Un arrêt de développement de la trompe prédispose à l'inflammation du conduit. Lawson Tait parle de plusieurs cas de malformation tubaire dans lesquels il trouva ces organes fermés à leurs extrémités et formant un kyste distendu par la sérosité (hydro-salpingite).

Les arrêts de développement (imperforation de l'hymen, imperforation du col, utérus bifides, etc.), s'accompagnent souvent d'accumulation de sang dans les trompes et donnent lieu à l'hémato-salpingite qui peut aussi survenir à la suite de pyo-salpingite aiguë ou chronique et même à la suite de certaines grossesses tubaires arrêtées à leurs premières périodes de développement.

Mais ces causes sont rares comme les variétés de salpingites auxquelles elles donnent naissance ; ce qu'il importe de retenir au point de vue pratique, c'est que la salpingite est le plus souvent liée à l'existence d'une endométrite antérieure, etc. ; il résulte d'une statistique de Martin que sur 286 cas de salpingite, 145 fois il y avait extension d'endométrite aiguë ou chronique, 70 fois accouchement à terme ou prématuré, 55 fois blennorrhagie, 3 fois syphilis, et 10 fois tuberculose. Il est facile de comprendre l'importance de ces données étiologiques.

IV

Quels sont les signes qui permettent de reconnaître l'existence d'une salpingite ? Ils sont variés ; un certain nombre sont communs à toutes les affections inflammatoires du petit bassin et sont attribués trop généralement à la pelvi-péritonite, à la périmétrite, au phlegmon péri-utérin, etc.

Parfois le début de la salpingite est brusque et s'annonce par des douleurs vives dans l'abdomen, par des symptômes généraux graves (température élevée, anxiété respiratoire, etc.), qui accompagnent les pelvi-péritonites aiguës. Parfois les accidents surviennent d'une façon tout à fait insidieuse.

Les troubles menstruels sont caractérisés tantôt par une aménorrhée presque complète, plus souvent par des *métrorrhagies* intenses qui s'accompagnent de douleurs très vives dans le bas-ventre, dans les reins.

Les phénomènes douloureux sont presque constants dans la salpingite et présentent de nombreuses variétés : « douleurs spontanées, douleurs à la pression, pendant la marche, pendant le coït, irradiations douloureuses dans les reins, les lombes, les cuisses ; il est de malheureuses malades qui ne passent pas une minute sans souffrir, qui ne peuvent faire un pas sans éprouver des élancements douloureux dans le bassin, chez qui la respiration même détermine une sensation pénible dans le bas-ventre (Monprofit) ». La miction et surtout la défécation augmentent ces phénomènes douloureux.

Assez souvent les malades accusent des douleurs intermittentes, d'une acuité extrême, qui cessent après l'évacuation d'un produit de nature variable : ce sont de véritables *coliques salpingiennes* qui se terminent habituellement par l'expulsion au dehors, à travers l'utérus, d'une quantité variable de liquide, séreux, purulent ou sanguin. Lorsque la colique est passée, la poche salpingienne se remplit de nouveau peu à peu, pour donner lieu, quelque temps après, aux mêmes phénomènes. Les collections purulentes, formées par les salpingo-ovarites, peuvent s'ouvrir dans le rectum, dans l'intestin grêle, dans le vagin, très rarement à travers la paroi utérine dans la cavité utérine.

Les signes physiques des salpingites diffèrent suivant que la tuméfaction de la trompe constitue une véritable tumeur abdominale ou suivant qu'il n'y a pas de tumeur abdominale manifeste.

Le premier cas est exceptionnel : un signe important consiste alors en ce qu'au début cette tumeur n'est pas médiane : et ne le devient que par suite d'un développement excessif. On conçoit que lorsque les tubo-ovarites acquièrent un certain volume, on ait pu les confondre avec un kyste ovarique, avec un kyste du ligament large, parfois même avec un fibrôme ; « car la consistance d'une salpingite ancienne entourée de fausses membranes peut être absolument dure (Monprofit) ».

Généralement la salpingite ne forme pas de tumeur abdominale manifeste ; et il est néanmoins possible d'en faire le diagnostic par un examen méthodique. Le spéculum est ici inutile et même nuisible. Le toucher vaginal est au contraire important : « Lorsqu'on trouve la paroi vaginale épaissie, présentant des battements et de la chaleur, même lorsqu'on trouve l'utérus entouré par cette gangue inflammatoire qui forme autour de lui une collerette plus ou moins complète, lorsqu'on trouve en un mot cette phlegmasie péri-utérine, qui pour les uns est le phlegmon péri-utérin, pour les autres la pelvi-péritonite ou encore la lymphangite et en réalité est presque toujours une pelvi-péritonite, on peut être certain que la tubo-ovarite est là, derrière, et qu'elle est la cause première de tous ces accidents inflammatoires ; si on rencontre cet ensemble chez une jeune femme qui avait la blennorrhée ou qui vient d'avorter ou d'accoucher, on peut affirmer à coup sûr que les trompes sont prises (Monprofit) ». C'est surtout, lorsqu'à l'aide d'un traitement approprié ces phénomènes inflammatoires sont calmés, que l'on peut se rendre compte par le toucher, le palper, et par ces deux méthodes combinées, de l'existence d'une salpingite.

Le col est généralement gros, dévié, repoussé d'un côté ou de l'autre du bassin, plus ou moins immobilisé. En déprimant la paroi du vagin, on trouve à côté de l'utérus une tumeur de forme et de consistance variables : tantôt c'est un cordon noueux, irrégulier, partant de l'angle utérin et se dirigeant en bas et en arrière ; tantôt c'est un cordon plus volumineux, distendu, piriforme ; plus souvent c'est une tumeur arrondie, assez régulière, séparée du bord utérin par un sillon très net, grosse comme un œuf, quelquefois beaucoup plus volumineuse. — En faisant mettre la femme dans une situation favorable au relâchement de la paroi abdominale, on peut se rendre compte par le palper de l'existence de cette tumeur qui est unie — ou bilatérale suivant les cas. — En combinant le palper et le toucher, on se rend un compte plus exact de la salpingite : on saisit ainsi la tumeur par deux points opposés de sa masse et l'on apprécie mieux son volume, sa forme, sa situation et son indépendance de l'utérus.

Lorsque les rapports de la trompe sont modifiés (et nous avons vu qu'ils le sont souvent), le toucher vaginal, et surtout le palper ne donnent pas toujours des renseignements précis ; c'est alors qu'il est particulièrement utile de recourir au toucher rectal qui permet de mieux reconnaître l'état de l'utérus et de ses annexes. Il est très utile, pour prati-

quer ces diverses méthodes d'exploration, d'avoir recours à l'anesthésie chloroformique.

A l'aide d'un examen méthodique, on arrive à reconnaître assez facilement l'existence d'une salpingite et des complications qui peuvent survenir et dont la principale est la rupture de la poche tubaire avec tous ses dangers. L'évolution des lésions tubo-ovariennes entraîne presque toujours des symptômes généraux plus ou moins graves. Dans les périodes aiguës de l'affection, les symptômes (fièvre, anorexie, etc.), sont très marqués ; lorsque les crises se répètent assez souvent, les malades maigrissent, perdent leurs forces, et leur santé s'altère gravement. « Rien n'est plus lamentable, dit avec raison Monprofit, que la vie d'une femme atteinte d'inflammation chronique des organes du petit bassin, quel que soit d'ailleurs le siège et la nature de la maladie ; le résultat est toujours le même : douleurs presque constantes, impossibilité de travailler, stérilité. Aussi la chirurgie rend-elle un vrai service lorsqu'elle permet d'intervenir dans ces cas, et de les guérir d'une façon absolue. »

V

Avant d'aborder ce traitement chirurgical qui constitue un grand progrès dans la thérapeutique gynécologique, disons de suite qu'à l'aide d'une antisepsie bien faite, le médecin peut souvent éviter la production d'une *salpingite*. Nous avons vu que cette affection était le plus souvent due à une infection. Il faut donc pratiquer le plus rapidement possible le traitement efficace de la blennorrhagie, qu'elle soit récente ou ancienne ; il faut assurer une asepsie parfaite des voies génitales, avant, pendant et après l'avortement, l'accouchement prématuré ou à terme. Enfin, lorsqu'une femme est atteinte d'endométrite, quelle qu'en soit la cause, le médecin se souviendra que la salpingite peut survenir avec toutes ses conséquences et il instituera un traitement efficace (dilatation, curettage, drainage par la tente aseptique, etc.)

Nous n'insisterons pas sur le traitement de la salpingite aiguë qui est celui de toute pelvi-péritonite (repos au lit, grands bains, sangsues et glace sur le ventre, injections de morphine, narcotiques, etc.)

Beaucoup plus important est le traitement chirurgical de la salpingite chronique : il comprend les opérations qui se pratiquent soit par le vagin (ponction simple aspiratrice, ponction suivie du drainage, incision vaginale), soit par le rectum, soit par la voie abdominale (ponction, incision dans la fosse iliaque, laparotomie). — C'est cette dernière opération, préconisée par Lawson Tait, qui est le plus souvent indiquée ; elle consiste à ouvrir l'abdomen, à inspecter les annexes de l'utérus et à traiter les organes malades selon les indications que présente leur état ; le plus souvent, cet examen directe est le seul moyen de diagnostic précis et en même temps l'ablation des parties malades, la *salpingotomie*, est le seul mode de traitement curatif.

« L'intervention chirurgicale, dit fort judicieusement notre ami Lavie, amène la cessation des symptômes morbides dont la disparition est encore facilitée par l'ablation des ovaires qui supprime les congestions menstruelles. Un des avantages opératoires est de rendre possibles les rapports sexuels qui étaient devenus insupportables.... L'opération de Lawson Tait en France a donné de bons résultats aux chirurgiens qui l'ont tentée ; en Angleterre, les succès que l'on a obtenus sont si nombreux que l'on doit envisager cette opération comme relativement bénigne; il ne faut donc pas reculer devant la laparotomie en présence des accidents que nous avons décrits. »

G. Lepage.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Exercice de la médecine civile par les médecins militaires (1).

Monsieur le Directeur,

« Nous avions toujours pensé que les médecins militaires, salariés par l'Etat pour remplir avec indépendance les fonctions importantes qui leur sont confiées, devaient s'abstenir de pratiquer la médecine civile rétribuée ; c'est à cette condition seulement que les décisions qu'ils sont appelés à rendre dans les diverses commissions dont ils font partie (recrutement, congés de réforme, de convalescence) peuvent être impartiales. C'est, du reste, l'avis de la grande majorité des médecins militaires ; si quelques-uns font de la médecine civile, ils se cantonnent dans une spécialité au plus grand profit des malades ; nous n'avons pas à nous plaindre de ceux-là. Mais il en est d'autres, en petit nombre, il est vrai, qui veulent tout embrasser, qui, non contents des malades de la ville, vont encore voir ceux des villages de la région.

Nous connaissons un médecin-major qui s'est fait inscrire sur le rôle des patentes et qui se livre avec une telle exagération à l'exercice de la médecine civile que nous venons vous demander un avis pour faire cesser cet état de chose.

Nous osons espérer que le *Ministre de la guerre* ignore ces faits ; s'il en avait eu connaissance, il est probable qu'il aurait rappelé à son subordonné qu'il devait tout son temps à sa fonction. »

Agréez, etc.

—Nous avons répondu à nos honorables correspondants que M. le Dr Dupuy, député de l'Aisne, président de l'*Union des Syndicats*, devait, depuis longtemps, faire une question à ce sujet au ministre compétent.

Nous informerons nos lecteurs de l'issue de la démarche.

Le vice-président de l'Union des Syndicats,
A. Cézilly.

Société Médicale du IVe arrondissement.

Présidence de M. Deel.

M. Gourichon demande à poser à la Société la question suivante :

Une personne vous prie d'examiner sa domestique à l'effet de savoir si elle est enceinte. Doit-on, dans ce cas, garder le secret professionnel ?

Plusieurs des membres de la Société croient devoir dans cette circonstance ne rien révéler.

D'autres, au contraire, pensent que le médecin se trouve relevé du secret professionnel par ce seul fait que la domestique, acceptant l'examen médical, doit se soumettre à l'arbitrage de l'homme de l'art.

Toutefois, la Société émet l'avis que le secret professionnel doit être gardé dans ce cas comme dans beaucoup d'autres.

M. Yvon entretient la Société du projet, d'ailleurs connu de la plupart de ses membres, que forment

(1) Cette lettre nous a été adressée par plusieurs Médecins du Sud de la France.

différentes sociétés de secours mutuels groupées en syndicat sous le nom d'*Union médicale des sociétés de secours mutuels*, d'offrir à leurs médecins traitants des tarifs derisoires.

Il propose de voter, à l'exemple de plusieurs sociétés, un ordre du jour de blâme à ce syndicat.

M. Bilhaut appuie la proposition de M. Yvon et demande qu'on refuse de s'associer à l'Union Médicale.

Ces conclusions sont adoptées et la Société en décide l'insertion au procès-verbal.

La Société Médicale du XVII[e] arrondissement demande à celle du IV[e] arrondissement de déléguer deux à trois de ses membres actifs pour faire partie d'une commission formée entre toutes les sociétés de Paris, pour résister à l'envahissement des sociétés de secours mutuels.

En conséquence, MM. Déel et Chevallereau sont désignés à cet effet.

— Nous avons soulevé cette question et nous sommes heureux de constater que nos exhortations ont produit quelque effet et qu'on paraît disposé à constituer une commission générale professionnelle pour Paris tout entier. A. C.

Autonomie du corps de santé de la marine

Monsieur le Directeur,

Après avoir signalé les désastres de la récente épidémie de Lorient, vous reconnaissez la non responsabilité des médecins de marine. Peut-être est-il bon de se plaindre hautement et de signaler quelques faits passés, pour cette raison que pendant l'activité du service on ne peut appeler l'attention sur ceux dont on est le témoin attristé et impuissant.

En face de Lorient se trouve l'hôpital de Port-Louis, où sont envoyés les soldats entrés à l'ambulance de Lorient et où probablement sont morts les victimes de la récente épidémie. Or, quand je faisais le service dans cet hôpital, les bâtiments étaient ainsi disposés que de certaines salles où se trouvaient fièvres typhoïdes, phthisiques, etc., les malades crachaient sur les toits en contre-bas de la salle, et c'était l'eau de pluie descendue des toits supérieurs sur les inférieurs, puis recueillies après cet affreux lavage qui servait de boisson ordinaire aux malades. Nous fîmes au jeune commissaire en résidence à l'hôpital tant de doléances et de théories microbiennes qu'il voulut bien signaler le fait au commissaire en chef à Lorient. La réponse fut que depuis 30 ans les choses se passaient ainsi ; « et pourquoi donc toutes ces manies de changement ? »

Les médecins ne sont point écoutés, même au point de vue des soins quotidiens à donner aux malades. Je me souviens d'un envoi que l'on me fit de 20 hommes fatigués et amaigris, plus ou moins atteints de bronchite, tous retour du Sénégal. C'était en hiver ! Je demande des gilets de flanelle pour plusieurs. La sœur me répondit qu'on n'en avait pas un de disponible. J'allai au commissaire, car c'est le représentant du pouvoir. Il y en a 200, me dit-il, je les vois inscrits sur mes registres. Je lui racontai le refus de la sœur. Il me promit d'aviser. Le résultat fut tel que je le prévoyais ; je ne vis point de flanelle... pour cette raison qu'un commissaire isolé dans un hôpital ne peut avoir une autorité effective vis-à-vis de sœurs unies dans une résistance systématique et intéressée. Cela a-t-il changé ?

Agréez, Couetoux.

— Le service de santé de la marine devrait avoir son autonomie, comme celui de l'armée ; cela a d'autant plus d'importance que, par l'oubli des lois de l'hygiène, les troupes navales peuvent propager les épidémies. A. C.

Faux médecins.

Les praticiens diplômés semblent à la justice suffisamment nombreux pour qu'elle ait à cœur de mettre à l'écart ceux qui opèrent sans un brevet en règle.

Sottiau, qui arrivait hier à la 11[e] chambre du tribunal correctionnel de Paris orné d'une collection de treize condamnations antérieures, ne fait pas payer bien cher ses ordonnances : quinze sous.

Mais lesdites ordonnances consistant à traiter l'hydropisie par les escargots à l'ail, la fièvre par le coco à la réglisse, et les œils de perdrix par des lavements à l'huile de ricin ; les juges se sont considérés comme bons princes en n'infligeant à Sottiau que trois mois de prison.

A la 10[e] chambre était déféré le docteur *Casau*, dont la poitrine est constellée de plusieurs ordres, et dont la devise manque peut-être de modestie, car, prétend-il :

« Dieu a placé à côté de chaque mal un remède, « et moi je l'ai découvert. »

M. Casau appartient à la Faculté de Madrid. Pourtant, dit un témoin, il soigne d'après la méthode italienne.

M. le président. — C'est peu logique, pour un médecin espagnol.

Le prévenu. — J'ai obtenu d'innombrables guérisons.

M. le président. — Pas celle de la fillette du plaignant, en tout cas, une enfant de deux ans que vous vous flattiez de guérir d'une tumeur à la jambe.

Le prévenu. — Ma clinique de la rue du Bac ne fait pas de miracles, je n'ai que les moyens dont la science me permet de disposer.

Il résulte des constatations que des emplâtres appliqués sur le membre atteint ont aggravé le mal. La petite estropiée a été, en huit jours, expédiée dans l'autre monde.

Le tribunal condamne M. Casau à 2,000 fr. d'amende et à la restitution des honoraires qu'il a perçus : 170 fr. environ.

(*Petit Journal.*)

Nous citons la condamnation du sieur Casau sans espérer qu'il cessera son exercice illégal.

Pour parvenir à ce résultat il faudrait, à Paris, pour lui et pour tant d'autres, des poursuites régulières par un syndicat.

BULLETIN DES SYNDICATS

ET DE

L'UNION DES SYNDICATS

Directeur : D[r] BARAT-DULAURIER

Association des médecins du Rhône

(Séance annuelle)

Secret professionnel et certificat de décès.

Notre confrère, après le décès d'un de ses clients

avait délivré pour la mairie le certificat d'usage. Quelques jours après, demande d'un nouveau certificat sur papier timbré pour toucher le montant d'une police d'assurance sur la vie. Notre confrère, qui avait tout lieu de craindre pour les honoraires qui lui étaient dus, exigea, avant la délivrance de ce nouveau certificat, non le paiement de ses honoraires, mais une simple promesse. L'intéressé se retira, s'adressa à l'officier de l'état civil et obtint de lui une copie sur papier timbré du certificat de décès. Cette copie est certifiée conforme à l'original, signée par lui et revêtue du sceau de la mairie. Je dois même ajouter que sur le vu de cette simple copie la Compagnie paya le montant de l'assurance.

Votre Commission s'est émue vivement de ce fait. Le certificat de décès que nous délivrons est et doit rester une pièce secrète. Son usage doit rester circonscrit dans les limites étroites de sa destination double : le permis d'inhumer et la statistique. En dehors de cette destination, elle ne doit être communiquée à personne, pas même au procureur de la République réquisitionnant.

Votre Commission n'a rien négligé pour obtenir gain de cause dans cette question, et elle l'a obtenu complet. Elle a avisé notre confrère que la délivrance de cette copie constituait un acte dommageable, qu'il avait le droit de s'adresser aux tribunaux pour obtenir réparation du préjudice causé et que dans le cours du procès il pourrait demander l'avis de l'Association.

Votre Commission s'est adressée par l'organe de votre vice-président au maire de Lyon et a reçu satisfaction entière. M. Gailleton a fortement blâmé l'officier de l'état civil qui avait commis cet acte illégal et promis que pareil fait ne se reproduirait plus à l'avenir : des ordres sévères ont été envoyés pour défendre la moindre *indiscrétion* sous peine de révocation de l'employé coupable.

Enfin, votre Commission avait cru devoir aviser de ce fait l'Association générale de Paris. MM. Roger et Riant, en réponse à cette communication, ont écrit que cette affaire ne soulevant que des questions locales et personnelles, avait paru au Conseil général devoir garder son caractère local et ne pouvoir être de sa part l'objet d'une intervention utile auprès de la Compagnie.

Votre Commission, bien qu'ayant obtenu en fait un succès complet, ne croit pas devoir cacher à l'Association générale combien elle regrette de la voir se désintéresser d'une question qui était essentiellement d'intérêt général et impersonnel. »

La deuxième question intéresse vivement la dignité du corps médical : c'est celle de la *mise au concours des places de médecins et chirurgiens de tous les hôpitaux sans exception.*

Vous connaissez tous l'affaire si regrettable de Belley où les passions extra-médicales se sont donné libre cours. Je me garderai d'émettre la moindre appréciation de ces faits ; mais il est une conclusion qui ressort évidente pour tous, c'est qu'il est mauvais, contraire à notre dignité professionnelle, que la politique puisse influer soit sur la nomination, soit sur la révocation des médecins et chirurgiens d'hôpitaux.

M. Bouchacourt a voulu tirer de cette malheureuse affaire un enseignement utile et s'est demandé s'il ne serait pas bon d'étendre à tous les hôpitaux le système de nomination au concours pratiqué si heureusement pour les hopitaux de Lyon et de la plupart des grandes villes. Sur sa proposition, votre Commission a reconnu l'importance d'une pareille réforme et en a saisi tout le corps médical par l'intermédiaire de l'Association générale des médecins de France. »

VARIÉTÉS

Nous publions l'anecdote suivante. Si elle n'est pas vraie, sûrement elle est bien trouvée : il est certain, en effet, que le malade qui ne paie pas son médecin habituel, vendrait jusqu'à sa dernière chemise pour honorer les charlatans. Notre confrère qui dissimule son titre est un observateur profond.

Un singulier médecin.

Depuis quelque temps le commissaire de police de Clignancourt était informé que M. L..., domicilié dans sa circonscription, exerçait la médecine illégalement.

Le magistrat fit appeler M. L... et voici la curieuse conversation qui s'échangea entre les deux interlocuteurs :

— Monsieur, lui dit le commissaire, j'ai reçu de nombreuses plaintes contre vous, pour exercice illégal de la médecine.

— Pardon, monsieur le commissaire, mais ces plaintes ne sont pas fondées, comme je vais vous le prouver.

« J'exerce la médecine, c'est vrai ; mais, légalement, en vertu des droits que me confère ce diplôme. »

Et il tira de son portefeuille un *diplôme de docteur* en médecine parfaitement en règle.

— *Je ne comprends pas, fit le commissaire*, étonné, pour quelle raison alors vous cachez vos titres. Peut-être avez-vous été interdit ou condamné ?

— Oh ! nullement. Mon casier judiciaire est intact, et, puisque vous désirez des explications, je vais vous en fournir :

« A vingt-sept ans, je fus reçu docteur à la Faculté de Paris. Je n'avais pas de fortune. Pour arriver à payer mes frais d'examens et de thèse, j'avais travaillé avec acharnement, j'avais fait des économies sur mes appointements d'interne des hôpitaux.

« Comme j'avais été remarqué des professeurs, en passant ma thèse, je voulus rester à Paris, pensant qu'il me serait facile de me créer une clientèle.

« J'achetai à crédit un petit mobilier et j'attendis.

« Quelques clients vinrent, mais bref, je mourais de faim, et presque désespéré, je partis pour Terre-Neuve, sur un méchant bateau de pêcheurs à la morue. Je gagnai quelques centaines de francs et revins à Paris.

« J'abandonnai la médecine pour faire de la représentation de commerce. Entre temps, j'eus l'occasion de donner des soins à plusieurs voisins, sans leur avouer que j'étais docteur ; je fus largement payé.

« Convaincu que le charlatanisme vaut mieux que la science, je me remis de nouveau à donner des consultations clandestinement.

« Et les clients furent nombreux, ils me payèrent régulièrement, sans compter. Et depuis dix ans, j'exerce la médecine ayant l'air de me cacher.

J'ai fait fortune, j'ai aujourd'hui dix mille francs de rente.

« Voilà, monsieur le commissaire, mon histoire. Soyez discret. Et surtout ne dites pas aux plaignants que je suis docteur de la Faculté, je perdrais probablement ma clientèle.

« En échange de votre discrétion, je soignerai gratuitement tous les indigents que vous m'enverrez. »

NOUVELLES

Appel des médecins de réserve en 1888. — A la date du 27 mai 1888, le ministre de la guerre a décidé que l'appel des médecins de réserve aura lieu, en 1888, dans les conditions suivantes (le 18° corps d'armée excepté) :

230 médecins seront convoqués à l'époque des manœuvres d'automne, savoir :

211 médecins aides-majors de première ou de deuxième classe ;

19 médecins-majors de deuxième classe.

Ces médecins seront désignés par les généraux commandant les corps d'armée auxquels ils sont affectés, quel que soit leur domicile, et seront pris parmi ceux qui n'ont pas encore été appelés, en commençant par les plus jeunes de grade.

S'il y a lieu, M. le gouverneur militaire de Paris mettra à la disposition de MM. les généraux commandant les 5°, 9° et 12° corps d'armée, un médecin-major de deuxième classe appartenant à son gouvernement.

La durée du stage sera de vingt-huit jours, dans tous les corps d'armée ; l'appel devra s'opérer de telle sorte qu'il se termine au moment de la clôture des manœuvres d'automne.

Aucune dispense d'appel ne pourra être accordée si ce n'est pour des cas de force majeure ou dans l'intérêt des populations.

Les demandes qui seraient formulées à ce sujet devront être adressées à MM. les généraux commandant les corps d'armée et ne seront accueillies qu'autant que les motifs sur lesquels elles s'appuieront paraîtront nécessiter *impérieusement* qu'il y soit fait droit.

Les intéressés seront, d'ailleurs, prévenus que s'ils n'accomplissent pas leur stage en 1888, ils y seront astreints l'année suivante.

— La Société d'ophthalmologie de Paris s'est définitivement constituée, le 12 juin, dans une seconde réunion préparatoire, tenue à la mairie du 11° arrondissement. Trente-cinq membres se sont fait inscrire. Trente sont membres fondateurs, les cinq autres, auxquels leur qualité d'étranger ne permettait pas d'accorder le titre de fondateur, ont été nommés membres titulaires.

Le bureau de la nouvelle Société est constitué comme il suit : président, M. Chevallereau ; vice-président, M. Chauvel ; secrétaire général, M. Gorecki ; secrétaires annuels, MM. Valude et Despagnet ; bibliothécaire archiviste, M. Hubert ; trésorier, M. Duboys de la Vigerie.

Congrès international d'hydrologie et de climatologie de Paris 1889. — La seconde session triennale du *Congrès international d'hydrologie et de climatologie* se tiendra à Paris en 1889, au commencement du mois d'octobre. La date précise de la réunion sera ultérieurement fixée.

Le Comité d'organisation est ainsi composé : M. E. Renou, directeur de l'observatoire météorologique du Parc de Saint-Maur, vice-président de la Société météorologique de France, *président*. — Dr Danjoy, président de la Société d'hydrologie médicale de Paris, *vice-président*. — Dr F. de Ranse, membre correspondant de l'Académie de médecine, membre de la Société d'hydrologie médicale de Paris, *secrétaire général*. — Dr Caulet, ancien président de la Société d'hydrologie médicale de Paris. — Dr Fines, directeur de l'observatoire des Pyrénées orientales, à Perpignan. — Dr Japhet, vice-président de la Société d'hydrologie médicale de Paris. — M. Lemoine, ingénieur en chef des Ponts et Chaussées, président de la Société météorologique de France. — Dr Leudet, secrétaire général de la Société d'hydrologie médicale de Paris. — M. Piche, président de la commission météorologique des Basses-Pyrénées, à Pau. — M. Poincarré, inspecteur général des Ponts et Chaussées et d'hydraulique agricole, vice-président de la Société météorologique de France. — Dr Tillot, membre correspondant de l'Académie de médecine, ancien président de la Société d'hydrologie médicale de Paris. — Dr Schlemmer, secrétaire de la Société d'hydrologie médicale de Paris, *secrétaire*.

Le Comité appelle plus particulièrement sur les questions suivantes, l'attention de ceux qui voudront bien participer au congrès.

1° Hydrologie. — A. *Hydrologie scientifique.*

1° Des précautions à prendre pour la détermination précise de la température des sources thermales ; — 2° Des micro-organismes contenus dans les eaux minérales et de leur influence sur la composition et les propriétés de ces eaux ; 3° De l'influence des découvertes bactériologiques sur la thérapeutique thermale ; 4° Programme d'un enseignement de l'hydrologie.

B. *Hydrologie médicale.*

1° Des ressources que la thérapeutique thermale offre dans le traitement des maladies du cœur et des vaisseaux ; 2° Des ressources que la thérapeutique thermale offre dans le traitement des maladies chroniques du rein ; 3° Du traitement hydrominéral dans les névralgies utéro-ovariennes graves ; 4° Du traitement hydrominéral dans la tuberculose osseuse et articulaire ; 5° Du traitement hydrominéral et des bains de mer chez les enfants ; 6° Des étuves sèches et humides (technique et applications) ; 7° Des douches locales en hydrothérapie.

2° Climatologie.

1° Conditions qui doivent présider à l'installation d'un observatoire météorologique ; 2° Règles de la prévision du temps. Organisation de l'annonce du temps dans les stations sanitaires ; 3° Climatologie des différentes stations sanitaires ; 4° Comparaison et classement des stations sanitaires au point de vue de leurs conditions climatologiques ; 5° De l'action des climats d'altitude dans les affections de poitrine ; 6° De l'action des climats maritimes dans les affections tuberculeuses ; 7° Programme d'un enseignement de la climatologie.

Le Comité rappelle que le Congrès se compose de membres honoraires et de membres adhérents nationaux et étrangers.

Les membres adhérents nationaux et étrangers sont soumis à une cotisation de 12 francs.

Les *communications* ou *demandes de renseignements* doivent être adressées au *Secrétaire général*, M. le Dr de Ranse, à Paris, 53, avenue Montaigne, du 1er octobre au 1er juin ; à Néris (Allier), du 1er juin au 1er octobre.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU CONCOURS MÉDICAL.

M. le Dr Crozat, à Bourg-d'Argental (Loire), présenté par le docteur David, de Gisors.

M. le Dr Daprey, à Crécy-en-Brie (Seine-et-Marne), présenté par le docteur Grellety, de Vichy.

Le Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André, 3

Dixième année **N° 27** 7 Juillet 1888

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE

Traitement de la blennorrhagie par les sels de thalline.

M. Gillebert-Dhercourt communiquait récemment à la Société de médecine de Paris (1) un traitement de la blennorrhagie basé sur l'action antiseptique des sels de thalline. Il emploie le tartrate de thalline à 1/50 ou 1/100, suivant l'importance du mal, dans une solution de naphtol. — Il a omis d'indiquer le titre de cette solution ; mais, comme l'eau ne dissout pas plus de 0 gr. 20 centigr. de naphtol à froid, on peut admettre que c'est cette solution qu'il prend comme excipient. On fait faire avec ce mélange trois injections de la moitié ou même d'un tiers de la seringue par jour, en faisant au malade les mêmes recommandations que pour toute espèce d'injections.

Par ce moyen, dans la blennorrhagie aiguë, M. Gillebert Dhercourt obtient d'abord l'abolition de la douleur en urinant dès le second jour, et même quelquefois après la deuxième injection ; puis la diminution rapide et la suppression de l'écoulement du quatrième au sixième jour.

Il est indispensable de continuer le traitement pendant quatre ou cinq jours après l'apparente guérison. Le traitement doit être employé dès le début de la blennorrhagie.

Dans les vieilles blennorrhagies ce moyen n'est ni meilleur ni pire que les autres.

Nature de la pelade.

M. Leloir est venu apporter à la question, toujours pendante devant l'Académie depuis la communication de M. A. Ollivier, l'appoint d'un important stock d'observations. On n'a pas oublié que M. Ollivier nie la contagiosité de la pelade, qui est soutenue par M. Hardy et la plupart des médecins de Saint-Louis. D'après M. Leloir, l'éclectisme serait la vérité.

En effet, le jeune et savant professeur de dermatologie de Lille a choisi parmi 142 cas de pelade qu'il a observés dans sa pratique hospitalière et privée, 92 cas dans lesquels il a pu établir une enquête assez précise et assez prolongée pour que l'observation présente une réelle valeur au point de vue de la pathogénie.

Or, parmi ces 92 cas, il trouve trente-six cas de pelade d'origine nerveuse qu'il a dénommés *peladoïdes trophoneurotiques*.

Trente-cinq cas où la nature trophoneurotique ou contagieuse de l'affection n'a pu être déterminée.

Vingt et un cas où la nature *contagieuse* du mal semble ne pouvoir être mise en doute.

La première classe comprend des observations dans lesquelles il n'a rencontré aucun signe de contamination du sujet ou de son entourage, et où il a trouvé, par contre, des phénomènes nerveux suffisamment caractéristiques et paraissant présenter avec l'apparition de la maladie du système pileux une relation suffisamment nette, pour que, laissant toute question de doctrine à part, on soit porté à considérer comme très probable une relation de cause à effet entre les troubles constatés du côté du système nerveux et l'apparition de la pelade.

Dans les trente-six observations, les lésions peladiques survinrent, en général, chez des sujets très nerveux. Elles furent précédées de maux de tête ou de névralgies plus ou moins violentes et siégeant dans plusieurs cas du côté où apparut la pelade. Elles furent précédées ou accompagnées de troubles divers de la sensibilité : névralgies, hyperesthésie

(1) Séance du 9 juin 1888.

cutanée, sensations de fourmillements, etc., au niveau des plaques.

Dans quatre cas, M. Leloir a pu constater une anesthésie peu prononcée, mais parfaitement nette au niveau des plaques. Dans plusieurs observations, les troubles nerveux qui précédèrent l'apparition de la pelade semblaient avoir eu pour cause le surmènement, le surmènement scolaire en particulier chez plusieurs enfants ; dans d'autres cas, des chagrins prolongés semblaient devoir être incriminés. Dans plusieurs observations, la pelade survint après une émotion morale vive ; ici la relation de cause à effet s'imposait d'une façon tellement éclatante que M. Leloir les range parmi les *dermatoses par choc moral*. Chez trois malades, l'alopécie peladique survint peu de jours après un traumatisme de la tête, et semblait par sa disposition, correspondant assez bien à un trajet nerveux, être en relation avec une lésion nerveuse (nerf temporal, nerf occipital). Dans un cas, une pelade généralisée, datant de longues années, se montra dans le cours d'une ataxie locomotrice.

Un certain nombre des malades étaient syphilitiques depuis plusieurs années. Cela tiendrait-il à la fréquence relative des affections nerveuses chez les syphilitiques et peut-être aux altérations des nerfs périphériques que l'on observe chez ces sujets ? Il faut toutefois ne pas oublier que la syphilis est une maladie bien répandue, et que peut-être il ne s'agit ici que d'une coïncidence fortuite. Ce qui pourrait venir à l'appui de cette opinion, c'est que plusieurs peladiques de la 3e classe (pelade contagieuse) étaient en même temps d'anciens syphilitiques.

Dans un cas, M. Leloir a observé l'apparition subite de plaques de pelade siégeant à la région occipitale et précédant de quelques jours une syphilis cérébrale des plus accentuées. M. Fournier a observé dans le temps un fait semblable. Dans ces deux observations, la peladoïde semble avoir été le premier symptôme de l'affection nerveuse. Elle doit être rangée à côté des dermatoses mettant sur la voie d'une lésion nerveuse centrale ou périphérique qui, sans elles, serait passée inaperçue, ou n'aurait été reconnue que plus tard, la peau jouant dans ces circonstances le rôle de miroir du système nerveux, « dermatoneuroses indicatrices ».

Dans la troisième classe se trouvent les 21 observations où une enquête minutieuse a permis d'affirmer la contagion. M. Leloir conclut, se ralliant à l'opinion de MM. Besnier, Lailler, Vidal, qu'il existe des pelades contagieuses et des alopécies présentant les caractères de la pelade, qui doivent être rattachées à un trouble de l'innervation.

Mais il reste à déterminer les caractères cliniques et anatomo-pathologiques permettant de distinguer les vraies pelades contagieuses des pelades d'origine nerveuse ou peladoïdes trophoneurotiques.

Dans ces conditions, quelles mesures convient-il de prendre au point de vue prophylactique ? Exclure fatalement, rigoureusement, tout peladique de l'école, des lycées, etc., paraît excessif, surtout si, comme cela arrive parfois, l'évolution de la pelade et les phénomènes qui l'ont accompagnée peuvent faire penser à la peladoïde trophoneurotique. Mais, comme, dans nombre de cas, on ne peut savoir si l'on se trouve en présence d'une pelade vraie contagieuse ou d'une peladoïde trophoneurotique, il faut (non pas s'abstenir dans le doute), mais adopter et faire adopter les mesures prophylactiques si bien déterminées par MM. Besnier, Ollivier, Bucquoy.

Enfin, s'il est reconnu que l'on est en présence d'une pelade contagieuse, il serait prudent peut-être d'adopter absolument les mesures radicales d'isolement et d'exclusion indiquées par M. Hardy.

A ces mesures on pourrait peut-être adjoindre un réglement, prescrivant aux coiffeurs de désinfecter leurs instruments dans une solution de sublimé ou autres avant et après leurs manipulations. Cela a été, paraît-il, proposé en Allemagne. Il suffirait,

FEUILLETON

Historiquement ce que deviennent nos libertés professionnelles (*suite*).

Si un certain malaise se fait sentir dans l'exercice de la profession médicale, cela tient pour une grosse part au mélange et à la confusion des clientèles ; ce qui est de nature à favoriser et même à engendrer des concurrences d'une loyauté suspecte. Les compétitions auraient lieu moins souvent, si nos paroisses à chacun étaient mieux définies. Mais notre champ d'exercice s'étend partout ; nos ouailles sont dispersées, confondues.....

Dans des conditions pareilles, il est impossible qu'il ne survienne pas des conflits.

Et ces conflits, le client a souvent intérêt à les faire naître, à nous diviser pour nous dominer et nous amener à composition.

Je voyageais un jour en chemin de fer avec un des plus célèbres industriels de la région, grand administrateur de salines, de sociétés minières et d'établissements métallurgiques et industriels. Nous causons. *Comme médecin de la Compagnie*, me dit-il, *vous n'êtes guère rétribué ; mais vous avez votre parcours gratuit sur tout le réseau. C'est bien quelque chose, cela !....* Puis, continuant sa pensée : *Vous devriez bien nous trouver un médecin pour notre usine de Margevelle.... Pourquoi même ne seriez-vous pas ce médecin ?...* — *Et combien*, demandai-je, *servez-vous d'appointements au titulaire de l'emploi ? — Oh ! ces appointements sont modiques ! Mais, vous savez, on tient la pharmacie ; et, comme le personnel est nombreux, on peut là-dessus tabler sur un assez joli bénéfice !*

La conversation devenait tout à fait commerciale. Pour y couper court : *Mais vous avez pour médecin le Dr Tristan ?* repris-je ; *et la succession n'est pas ouverte. — Oh ! Tristan n'a plus guère d'attache au pays ! Il doit sous peu s'en aller*, etc..... — *Nous en reparlerons plus tard. ..*

D'autres fois on nous propose des marchés encore plus humiliants. Et nous nous disons ; Si je n'accepte pas, mon voisin Tristan acceptera !

D'autres fois, on nous requiert pour se débarras-

d'ailleurs, probablement non d'un règlement, mais d'un avertissement au public, pour que les clients exigent des coiffeurs ces mesures de précaution.

La contagiosité de la lèpre et les divers modes de contagion.

La discussion pendante sur cette question devant l'Académie doit être suspendue. Les derniers orateurs qui aient pris la parole ont été M. Cornil et M. Hardy. Répondant à M. Le Roy de Méricourt, adversaire de la contagiosité, M. Cornil a dit des choses excellentes que doivent méditer tous les médecins, aussi bien ceux qui s'emballent en faveur des découvertes de la microbiologie que ceux qui les repoussent. Le savant professeur d'anatomie pathologique a montré quelles inconnues enveloppent encore ce mot de contagion.

« La question de la contagion de la lèpre, a-t-il dit, est difficile à juger dans l'état actuel de nos connaissances ; pour se faire une idée exacte de ces difficultés, il est utile d'envisager en quoi consiste la contagion dans les maladies parasitaires. On entend par contagion la propagation d'une maladie d'un individu à un autre.

Le parasitisme n'indique nullement l'idée de contagion nécessaire, et ce serait une erreur de croire que toute maladie parasitaire, bactérienne, soit transmissible d'un individu à ceux qui vivent avec lui. Il faut que ces derniers soient dans un état de réceptivité spéciale pour qu'il y ait contagion.

Rien n'est plus variable que la façon dont se fait la contagion dans les maladies parasitaires dont les agents nous sont connus.

En général, l'observation clinique pure nous a éclairés beaucoup moins sur cette étiologie que les données tirées de l'histoire naturelle et de l'expérimentation propres à chaque parasite. On ne peut, en effet, faire d'hypothèses plausibles sur la façon dont se fait l'introduction d'un parasite que lorsqu'on connaît l'histoire de ce parasite, ses milieux nutritifs, ses transformations, sa morphologie, ses voies d'élimination, etc. Nous n'avons pu avoir de données certaines sur l'origine du petit nombre des maladies parasitaires que nous connaissons bien, qu'après avoir été renseignés sur le mode d'existence des parasites en dehors de nous.

Voici quelques exemples particuliers : Un malade est affecté de kystes hydatiques du foie. Les parasites sont enfermés dans des poches closes, dans un organe profond. Voilà une maladie parasitaire bien inoffensive pour ceux qui l'approchent. Pas de contagion immédiate possible ; l'inoculation sous-cutanée de ces parasites ne donnera rien. Il faudrait qu'un animal mangeât ces échinocoques vivants pour devenir malade et encore il n'aurait pas des kystes hydatiques, mais bien un tænia.

Un malade, comme celui que nous présentait M. Lancereaux dernièrement, a des urines chyleuses dues à la présence dans les reins et le sang de la filaria sanguinis. Rien en lui n'est contagieux ; les parasites vivent trop bien dans son sang pour en sortir. Il faudrait qu'il fût saigné, par un moustique, par exemple, et que les parasites sortis avec le sang pussent trouver dans l'intestin de ce moustique, puis dans l'eau des mares, des conditions de température, d'alimentation, d'existence, pour que plus tard, avalés, ils infectent de nouveau un être vivant.

Passons aux maladies causées par les bactéries ; prenons l'actinomycose, maladie caractérisée par des tubereules, de petites tumeurs jaunâtres souvent calcifiées, déterminées par des filaments ramifiés extrêmement grêles. Ces lésions accompagnées de suppurations chroniques s'observent en France chez le bœuf, chez le porc. Jusque dans ces derniers temps on regardait ces lésions comme des tumeurs, des sarcomes. Aujourd'hui, on sait que cette maladie est contagieuse pour l'homme.

Combien il a fallu d'années, de discussions passionnées entre les partisans et les adversaires de la contagion pour faire admettre la contagion de la morve, du farcin, du charbon !

Il y a peu de temps aussi que le choléra est regardé comme ayant pour cause un principe contagieux ; là aussi il est bien démontré que son parasite n'entre dans l'économie que par les voies digestives, par l'eau de boisson et les aliments. Il n'est pas contagieux au sens étroit du mot par le contact des malades ; il ne l'est pas non plus par l'inoculation sous-cutanée. Il paraît en être de même pour la fièvre typhoïde. Les

---

ser d'un médecin qui a déplu, qui n'a pas voulu s'associer à quelque méchante affaire....

Et voilà comment l'antique liberté, cette liberté qu'on vante tant, amène le désordre en mettant à de rudes épreuves notre indépendance de caractère et en portant atteinte souvent à notre honorabilité qui devrait être inattaquable.

***

Mais, si réellement nos souffrances professionnelles ont une cause aussi simple que celle-là, il serait facile d'y remédier quelque peu. Il y aurait, par exemple, un moyen de salut tout indiqué : ce serait d'établir une bonne et sérieuse union corporative, comme.....

— Halte-là ! Nous n'entendons pas qu'on nous réglemente et qu'on nous prive de nos libertés ! nous ne voulons pas être asservis !

Et vous avez vu comme ce cri poussé avec ensemble a étouffé dans l'œuf la proposition du Dr Surmay, proposition qui nous semble répondre de plus en en plus à un besoin d'ordre économique.

En vérité, nous sommes comme ces malades inconséquents qui voudraient bien guérir, puisqu'ils consultent le médecin, mais qui n'entendent pas faire pour cela le plus léger sacrifice, ni à plus forte raison, renoncer aux habitudes d'intempérance dont ils sont les victimes.

Nos libertés sont bien précieuses. Il y a pourtant belle lurette qu'elles n'existent plus. Et c'est précisément sur les instances du corps médical luimême qu'on les a jadis réglementées et coordonnées pour mettre un terme aux graves abus qu'elles engendraient. Je ne crois pas qu'il y ait lieu de les regretter beaucoup.

Il faut bien admettre qu'une liberté complète laissée à l'exercice de notre profession était un peu contraire à l'ordre social autant qu'à nos intérêts particuliers, puisqu'elle n'a cessé d'être réduite de plus en plus, de siècle en siècle, pour faire place à une sage réglementation.

Les changements qui s'opèrent ainsi dans les mœurs, lentement, goutte à goutte, par la force même des choses, sont respectables. Il serait puéril de s'insurger contre eux.

***

Jusqu'au milieu du XVIIe siècle, la médecine a pu

furoncles, le phlegmon sont dus à des microbes, et cependant ils sont sans danger pour les personnes qui approchent les malades à moins qu'ils ne s'inoculent le pus.

Pour chacune des maladies bactériennes connues, les conditions de la contagion sont variables suivant les propriétés biologiques du microbe et suivant les habitudes de l'animal qui est atteint.

Nous avons étudié cette année avec M. Chantemesse la pneumo-entérite des porcs. La maladie est essentiellement contagieuse parce que les bactéries sont contenues en grand nombre dans le mucus bronchique, à la surface des naseaux, dans les selles diarrhéiques et dans l'urine, et parce qu'elles vivent dans l'eau, la litière, etc.

Nous avons là un microbe qui se cultive facilement sur tous les milieux, qui vit dans l'eau et qui continue à pulluler dans les liquides de l'économie, à la surface des muqueuses digestive et respiratoire. Il se propage aussi par inoculation sous-cutanée.

Envisageons maintenant la tuberculose qui, par le caractère de ses bacilles, se rapproche de la lèpre. Il a fallu quinze ans pour que la découverte de Villemin, l'inoculation du tubercule, fût admise par tout le monde. La lumière a été faite éclatante par la découverte du bacille de Koch, par les expériences en vertu desquelles les cultures pures de ce bacille introduites dans les diverses voies, donnent fatalement la tuberculose.

Il y a trente ans, personne n'aurait osé soutenir l'existence de la contagion de la tuberculose d'homme à homme, et aujourd'hui beaucoup s'étonnent que la majorité de l'espèce humaine puisse échapper à la contamination tuberculeuse. Cependant, avec quelques précautions, l'expérimentateur qui vit au milieu des cultures de bacilles de la tuberculose, échappe à la contagion. Dans une salle d'hôpital, en ville, on peut tout aussi bien éviter la contagion, il suffit de faire bouillir les crachats des phthisiques qui sont le grand, l'unique danger.

Si dans cette question de la tuberculose on s'en était tenu à l'observation pure, nous en serions aujourd'hui au même point qu'il y a trente ans; aucun de nous ne pourrait affirmer la contagion; aucune précaution ne serait prise.

Dans la conception nouvelle, les effets attribués naguère à l'hérédité passent pour une grande part à l'actif de la contagion.

Cette évolution de nos idées médicales déterminée par la microbiologie expérimentale s'est fait naturellement sentir dans la compréhension générale de la lèpre. Cette maladie étant manifestement d'origine bactérienne, beaucoup d'esprits en ont conclu qu'elle était contagieuse. Mais, ainsi que le faisait remarquer M. Leroy de Méricourt, nous ne connaissons rien à la biologie du parasite de la lèpre.

Les nodules de la lèpre contiennent une quantité innombrable de bacilles ; leurs caractères morphologiques les rapprochent beaucoup de ceux de la tuberculose, mais ils sont plus résistants ; ils se rencontrent dans tout l'organisme, même dans les organes qui ne présentent pas de tubercules lépreux, ni de lésions appréciables à l'œil nu (rate, moelle des os).

Ces bacilles n'ont pu être cultivés jusqu'ici sur aucun milieu. Nous ne possédons que très peu de données sur la biologie des bacilles de la lèpre que nous puissions faire intervenir en faveur de sa contagion. Nous ignorons si les bacilles qui sont dans les tubercules sont vivants ou morts ; ils y sont enfermés et n'en peuvent sortir, à moins qu'il n'y ait des ulcérations.

Ainsi en l'absence d'enseignements directs tirés du mode d'existence des bacilles en dehors de l'organisme ou de l'expérimentation, nous en sommes réduits à l'observation pure des malades ; nous en sommes, en ce qui touche la lèpre, au même point qu'il y a trente ans pour la tuberculose. Sa contagion est très difficile à établir, car les preuves directes nous font défaut. »

M. Cornil a ensuite cité des faits observés par MM. Chantemesse et Moriez en France, du côté de Nice, faits prouvant que les exemples de la contagion lépreuse se rencontrent assez souvent quand on peut connaître la vie entière des individus soumis à cette contagion. Les périodes d'incubation de la maladie sont quelquefois si longues que bien des individus atteints succombent à une maladie intercurrente avant de devenir ostensiblement lépreux. La connaissance de ces faits diminue la part trop grande

---

s'exercer à peu près librement dans toutes nos campagnes et dans la plupart des villes de Franche-Comté ; liberté absolue, aussi bien pour les guérisseurs que pour les malades.

Sans licence de personne, le premier venu pouvait se dire en possession de remèdes pour rendre ou assurer la santé, et en faire commerce. Il lui était loisible d'aller voir les malades qui le demandaient, de les recevoir à domicile, de confectionner et de vendre des ingrédients plus ou moins salutaires et inoffensifs, des poudres de perlimpinpin et des onguents miton-mitaine ; et cela, sans avoir à appréhender rien de qui ou de quoi que ce fût.

A plus forte raison, il était licite à tout malade de prendre conseil d'un empirique ou d'un sorcier quelconque aussi bien que d'un gradué en médecine

On était libre de se faire traiter et de traiter soi-même comme on l'entendait.

L'autorité centrale, représentée au Comté de Bourgogne par le Parlement, n'avait pas à s'immiscer dans ces sortes d'affaires, à moins d'en être requise au criminel. *De minimis non curat Prætor* ; on laissait ce soin au magistrat, c'est-à-dire à la municipalité des villes, mieux à même de reconnaître les inconvénients d'une tolérance abusive laissée aux hommes de l'art.

On voyait d'effrontés charlatans, qui sortaient on ne savait d'où, qui n'avaient subi aucun examen, et qui n'avaient peut-être même jamais appris l'art qu'ils exerçaient, s'établir dans la localité et y ouvrir boutique sur la rue, saignant, cautérisant, ventousant, droguant et écorchant le pauvre monde.

Mais qu'y faire? Le populaire ne pouvait guère se faire soigner par des médecins capables et instruits. Il y en avait bien quelques-uns dans la province ; mais ils étaient attachés au service des grands. C'était quasi des gentilshommes qui dédaignaient un peu le menu peuple.

Il est juste de dire pourtant que dans certaines grandes villes, comme Besançon, on avait déjà pourvu à tout cela au moyen d'ordonnances municipales et de règlements qui sont des documents curieux pour l'histoire de notre profession. Là, on avait senti plus vivement que dans les campagnes la nécessité de mettre un frein à une liberté devenue licencieuse et tout à fait intolérable.

Dr PERRON.

(A suivre.)

faite à l'hérédité dans l'étiologie de la lèpre. Beaucoup de cas de lèpre héréditaire dans les familles peuvent être rapportés à la contagion.

M. Hardy a ensuite déclaré que la question de race lui semblait importante ; certains peuples, notamment les Français, seraient en quelque sorte réfractaires au contage de la lèpre.

M. Ern. Besnier a clos la discussion, en ces termes :

« Lors de la précédente discussion, l'opinion générale était que la lèpre n'était pas contagieuse ; aujourd'hui tout le monde est d'accord pour admettre qu'il faut faire des restrictions au sujet de cette non contagiosité. J'espère que lorsque la question reviendra une troisième fois en discussion, tout le monde admettra que la lèpre est certainement contagieuse. »

MÉDECINE PRATIQUE

La spléno-pneumonie.

(Splénisation du poumon simulant la pleurésie.)

I

Il arrive de temps en temps qu'un médecin, croyant ponctionner une plèvre à moitié pleine de liquide, se trouve fort surpris de ne voir s'écouler du trocart que quelques bulles d'air et quelques gouttelettes de sérosité sanguinolente, alors qu'il avait constaté le groupe classique des signes physiques de la pleurésie : matité avec affaiblissement considérable des vibrations, souffle aigu, broncho-égophonie, pectoriloquie aphone. Si l'erreur demeure parfois excusable, la surprise ne l'est plus depuis les recherches de M. le professeur Grancher sur la spléno-pneumonie.

L'erreur même sera désormais souvent évitée par ceux qui auront lu l'excellent exposé de cette question (1), dans la monographie que lui a consacrée Paul Bourdel.

La question d'ailleurs n'a été soulevée que depuis bien peu de temps. C'est le 10 août 1883 que M. Grancher a décrit, à la Société médicale des hôpitaux, « un état morbide du poumon, sorte de pneumonie subaiguë, *qui simule une pleurésie avec épanchement moyen,* et qui mérite une description et une dénomination propres ». Au point de vue nosologique, notre maître plaçait cet état entre la congestion pulmonaire simple, individualisée comme type clinique par Woillez, et la pneumonie lobaire franche, à côté de la broncho-pneumonie ; il y attachait la dénomination de spléno-pneumonie, introduite pour la première fois dans le langage médical, en 1880, par M. Joffroy pour définir, au point de vue anatomo-pathologique, une des formes de broncho-pneumonies aiguës (2). M. Joffroy avait voulu indiquer, en proposant ce néologisme, que dans cette forme se trouvent associées les lésions de la pneumonie épithéliale (splénisation) et celles de la pneumonie suppurative ou phlegmoneuse, et il

(1) De la spléno-pneumonie. Thèse de Paris 1886.

(2) Des différentes formes de la broncho-pneumonie. Th. agrég. 1880.

avait particulièrement en vue la pathologie de l'enfance.

M. Grancher, frappé, dit M. Bourdel, de l'analogie symptomatique de certains faits observés à l'âge moyen de la vie avec la spléno-pneumonie infantile, étendit cette dénomination à la pathologie de l'adulte et l'appliqua, en y attachant un sens particulièrement clinique, à un état morbide du parenchyme pulmonaire, très capable de simuler la pleurésie, — pleuroïde, suivant l'expression de Bourdel. Depuis la communication de M. Grancher, un de ses élèves les plus distingués, notre collègue et ami L. Queyrat avait, dans une étude importante sur la congestion pulmonaire (1), consacré un article à la spléno-pneumonie, qu'il opposait sous le nom de congestion pulmonaire à forme de pleurésie à la congestion pulmonaire à forme de pneumonie (maladie de Woillez). Il y a deux ans, il publiait de nouveaux cas de spléno-pneumonie (2). Enfin, M. Bourdel a apporté aussi des faits confirmatifs et rédigé sous la forme didactique ce chapitre nouveau de pathologie pulmonaire, dont M. Grancher a enrichi la science. Suivons-le pas à pas dans sa description.

II

Le début est, en général, brusque, quelquefois brutal et presque toujours manifestement précédé d'un refroidissement.

Quelques malades toussaient légèrement depuis peu de jours, lorsque l'invasion véritable de la maladie s'est annoncée par des frissons d'intensité modérée, mais réitérés pendant plusieurs heures ou même plusieurs jours. Le frisson unique de la pneumonie franche n'a été noté que par exception, comme les vomissements.

Mais le point de côté n'a jamais manqué et il a souvent été d'une extrême acuité ; il affecte le plus souvent la forme névralgique par son siège aux points d'émergence d'un nerf intercostal ; il revêt d'autres fois l'apparence d'une douleur pleurodynique, siégeant dans les masses musculaires sous le mamelon, au niveau des attaches du diaphragme ou au niveau de l'omoplate. La douleur diminue généralement assez vite d'acuité pour disparaître après quelques jours, malgré la persistance de la fièvre et des autres symptômes. Dans un cas de rechute, on a vu le point de côté réapparaître avec la même violence qu'au début ; aussi semble-t-il lié à la poussée congestive initiale.

La dyspnée peut présenter toutes les nuances, depuis une gêne peu marquée de la respiration jusqu'à l'orthopnée ; dans ce cas, on observe un contraste frappant entre la moitié saine du thorax, qui subit 30 à 40 mouvements d'ampliation précipités par minute, et le côté affecté qui demeure dilaté et immobile dans l'inspiration forcée. La dyspnée, liée, comme le point de côté, à l'hyperhémie du poumon, s'atténue comme lui au bout de deux ou trois jours pour disparaître vers la fin du premier septénaire.

(1) Contribution à l'étude de la congestion pulmonaire. (*Revue de médecine*, 1885.)

(2) *Revue de médecine*, mars 1886.

La toux apparaît dès le début avec des caractères qui la rapprochent beaucoup de celle qu'on observe dans la pleurésie, souvent peu fréquente, mais toujours pénible et quinteuse, avec paroxysmes provoqués par les changements de position du malade ; elle reste quelquefois absolument sèche pendant toute la durée de la maladie ; mais, d'ordinaire, elle s'accompagne, au bout de quelques jours, de l'expulsion de crachats blancs, visqueux, se réunissant au fond du vase pour former une masse claire peu aérée, ressemblant à une solution de gomme, expectoration qui paraît en rapport avec le degré de l'hyperhémie pulmonaire. En même temps que les troubles fonctionnels précédents, apparaît une fièvre qui peut faire monter la température à 39° et 40°, quelquefois même plus haut.

III

Mais c'est par les signes physiques que la spléno-pneumonie présente tant d'intérêt. C'est sur eux que nous devons nous appesantir. On peut les constater en général promptement avec toute l'accentuation et toute la netteté qu'ils doivent avoir et qu'ils conserveront longtemps avant de s'atténuer.

L'inspection, qui permet d'apprécier le degré de la dyspnée d'après la précipitation de la respiration et son rythme, fait quelquefois constater une ampliation manifeste du côté affecté, soit qu'on examine le thorax par sa face postérieure, soit que, placé au pied du lit et baissé légèrement, on regarde horizontalement la partie antérieure de la poitrine du malade couché bien à plat sur le dos. On ne doit pas s'en laisser imposer par les déformations naturelles, professionnelles ou pathologiques et par la saillie légère que forme presque normalement le rebord costal droit soulevé par la masse hépatique.

Quand on constate une ampliation d'une moitié du thorax et qu'on hésite entre un épanchement pleural et une spléno-pneumonie, *l'épreuve du cordeau*, indiquée par M. Pitres, sera d'un utile secours. On détermine la situation du sternum par rapport à la ligne médiane du corps au moyen d'un cordon dirigé du milieu de la fourchette sternale au milieu de la symphyse du pubis. Dans tous les cas de pleurésie avec épanchement abondant la ligne menée du haut du sternum à sa base est fortement déviée de la ligne médiane vers le côté malade. Queyrat, n'ayant jamais rencontré la déviation du sternum dans la spléno-pneumonie, est porté à considérer son absence comme une forte présomption en faveur de celle-ci.

La percussion révèle dans le tiers, la moitié ou les deux tiers inférieurs de la poitrine une matité complète, avec perte plus ou moins considérable de l'élasticité. La matité est limitée d'ordinaire assez peu nettement à la partie supérieure et se fond sensiblement en arrière avec une zone de submatité qui remonte plus ou moins haut. En avant sous la clavicule, il existe presque constamment du tympanisme. Or M. Grancher nous a appris que, lorsque ce signe est dans cette région associé à l'exagération des vibrations vocales et à l'affaiblissement du murmure vésiculaire, il existe un état congestif du sommet du poumon. Ainsi la congestion s'étend généralement à tout le poumon dans la spléno-pneumonie.

La *recherche de l'espace de Traube* est précieuse quand la spléno-pneumonie siège à gauche, et il en est presque toujours ainsi, disait Queyrat. Bourdel a montré cependant qu'il existe plusieurs observations de spléno-pneumonie droite. La zone semi-lunaire normale de sonorité, qui existe au niveau des fausses côtes du côté gauche (espace de Traube), ne disparaît guère que dans les cas d'épanchement pleural abondant, sauf de très rares exceptions signalées par M. Jaccoud et concernant d'énormes pneumonies lobaires ou des adhérences du poumon, du péricarde et du diaphragme. Si donc on trouve à l'espace de Traube ses dimensions normales (4 travers de doigt environ), on pourra presque sûrement affirmer que c'est à une spléno-pneumonie que se rapportent les signes physiques d'apparence pleurétique.

Comment, en effet, ne pas songer tout d'abord à une pleurésie, alors que, outre la matité, on constate une diminution très considérable et même souvent une abolition complète des vibrations vocales ? Mais une palpation attentive permet à la main appliquée de plus en plus haut sur la poitrine de sentir les vibrations renaître insensiblement et augmenter graduellement, tandis que, en cas de pleurésie, les vibrations réapparaissent immédiatement, brusquement, au-dessus de la ligne d'épanchement ; même il existe à ce niveau une zone où elles sont manifestement exagérées à cause de l'état congestif de la portion du poumon sous-jacente et adjacente à la plèvre enflammée.

L'auscultation d'un malade atteint de spléno-pneumonie révèle toujours dans la zone de matité absolue un affaiblissement très considérable du murmure vésiculaire, très souvent même un silence respiratoire complet. Dans le premier cas on peut entendre dans la région de la base des crépitations fines, plus ou moins discrètes, quelquefois fugaces et inconstantes, se montrant surtout, et quelquefois exclusivement, pendant les grandes inspirations et après la toux ; on comprend que l'existence de ces crépitations soit d'une certaine importance au point de vue du diagnostic. Quand elles ont fait défaut au début de la maladie, elles apparaissent toujours au moment où la résolution commence pour devenir de plus en plus grosses, puis de moins en moins nombreuses et disparaître enfin avant même que la respiration et la sonorité ne soient redevenues normales.

Au-dessus de la zone de silence respiratoire, c'est-à-dire, ordinairement vers la partie moyenne du poumon, on entend d'une façon constante un souffle tubaire, presque toujours expiratoire, quelquefois d'un timbre assez doux, le plus souvent d'un caractère aigu comme le souffle pleurétique ; parfois même dur et fort comme dans les grands épanchements.

D'une façon constante aussi existe, au niveau du souffle, une égophonie, souvent très nette et tout à fait typique, d'autres fois légère ; celle-ci, née en même temps que le souffle, s'atténue avec lui, dégénère

plus tard en broncho-égophonie, puis en un simple bourdonnement lointain de la voix pour disparaître enfin.

Dans tous les cas sans exception on a noté, en même temps que l'égophonie, le phénomène de la pectoriloquie aphone ou transmission à l'oreille de la voix chuchotée. On sait déjà depuis assez longtemps, que le signe de Baccelli n'est pathognomonique ni de la pleurésie, ni d'un épanchement séreux, puisqu'il peut se rencontrer dans la pneumonie, dans la tuberculose, lorsqu'il existe une induration pulmonaire capable de donner naissance à un souffle, et qu'il peut faire défaut dans la pleurésie séreuse en l'absence de souffle comme dans la pleurésie hémorrhagique et purulente.

La spléno-pneumonie est toujours unilatérale, le poumon opposé restant absolument indemne ou ne présentant que quelques râles muqueux insignifiants. Queyrat ne l'avait jamais vue qu'à gauche, et en effet il en est presque toujours ainsi sans qu'on puisse s'expliquer pourquoi. Queyrat a même signalé que la pointe du cœur cesse alors d'être appréciable à la palpation, fait qu'il a interprété en disant que le poumon gauche très congestionné refoule le cœur d'avant en arrière. Mais Bourdel a, le premier, rapporté trois cas où la spléno-pneumonie siégeait à droite.

Diagnostic. — Quand on réfléchit à l'ensemble des symptômes et des signes que nous avons énumérés comme constituant le tableau clinique de la spléno-pneumonie, on n'est pas étonné que celle-ci ait été si longtemps et soit encore souvent prise pour une pleurésie.

Pour établir le diagnostic différentiel, on peut s'appuyer, nous l'avons dit, sur les signes suivants : *expectoration gommeuse*, *schème de congestion sous-claviculaire*, de Grancher (son + vibrations + respiration —) *crépitations fines de la base*, *réapparition graduelle des vibrations au-dessus de la zone de matité*, *persistance de l'espace de Traube* et *absence de déviation sternale*. Aucun d'eux n'a de valeur absolue, leur réunion seule constitue une importante somme de probabilités en faveur de la spléno-pneumonie.

Il faut y joindre deux symptômes, malheureusement rares et passagers : l'existence de *frottements pleuraux* qui quelquefois peuvent être perçus pendant quelques jours à la base et, tant qu'ils existent, écartent l'hypothèse d'un épanchement pleural ; — le *décubitus sur le côté sain*, qui, lorsqu'on le constate, éloigne aussi l'idée d'une pleurésie.

Mais le seul critérium de l'existence d'une spléno-pneumonie réside dans les *ponctions capillaires exploratrices*, et, dans tous les cas, il est indiqué d'y avoir recours ; elles sont absolument inoffensives, à la condition qu'on ne s'écarte pas des précautions antiseptiques suivantes, minutieusement décrites par Bourdel : « Il faut laver l'aiguille de la seringue de Pravaz à l'eau bouillante et nettoyer le corps de pompe et le piston avec une solution phéniquée au 1/20e, ou une solution de sublimé au 1/1000e ; on flambe ensuite légèrement l'aiguille avant d'opérer. » Les recherches faites sur le cadavre par M. Grancher, et répétées par M. Bourdel, montrent qu'au niveau des sixième et septième espaces intercostaux, à l'angle postérieur, l'épaisseur de la paroi (peau, tissu cellulaire, muscles et plèvre costale) est de 6 à 10 millimètres. « Il faut avoir soin d'enfoncer l'aiguille lentement, progressivement, tout en faisant l'aspiration. Tant qu'on n'est pas arrivé sur le poumon, on voit la force du vide préétabli ramener le piston à son point de départ dès qu'on en lâche la tige. Dès que l'aiguille est arrivée au parenchyme pulmonaire, c'est-à-dire dès qu'elle a pénétré de 7 à 8 millimètres environ, la seringue se remplit de bulles d'air et de sang, ce qui prouve bien que c'est dans ce parenchyme qu'on a plongé et qu'il n'existe pas de lamelle liquide interposée, malgré les signes d'épanchement pleural. »

IV

La marche de la spléno-pneumonie peut être résumée ainsi :

Pendant six à dix jours, les troubles fonctionnels accompagnent les signes physiques ; c'est la phase trompeuse, pendant laquelle on doit faire le diagnostic avec la pleurésie séreuse simple ou compliquée de congestion. Puis se produit, en général, une détente des symptômes généraux, sans modification aucune des signes physiques.

Le type général de la fièvre, qui, nous l'avons vu, peut atteindre au début 40° et plus, est rémittent avec rémission matinale ordinairement assez marquée ; la courbe présente souvent ces ascensions irrégulières qui, au cours de la broncho-pneumonie de l'enfance, dénoncent des poussées congestives. La défervescence de la fièvre est toujours graduelle et peut n'être complète quelquefois qu'au bout de plusieurs semaines.

Ce qui est tout à fait digne de remarque, c'est que la résolution de la lésion, c'est-à-dire la modification des signes physiques, est tardive par rapport à la défervescence et à l'amélioration de l'état général. Cette résolution se manifeste d'abord par l'apparition dans la zone de matité absolue des râles fins sous-crépitants qui existaient déjà à la base ou qu'on n'avait jamais perçus ; puis ces râles deviennent plus gros et humides. Le murmure vésiculaire reparaît peu à peu ; le souffle diminue, puis disparaît, en même temps que l'égophonie fait place à la broncho-égophonie, qui disparaît à son tour. Mais pendant longtemps, souvent pendant plusieurs mois, on voit persister une submatité à la base, une diminution des vibrations et de la respiration, avec un certain degré d'essoufflement dans la marche.

Ainsi, quelle que soit l'acuité des premières périodes, la résolution est toujours fort lente et demande des mois. A côté des formes aiguës et subaiguës, Bourdel admet une forme prolongée, chronique, qui peut faire croire à un hydrothorax.

Le pronostic immédiat est favorable, en ce sens que le malade a toujours guéri, sauf dans une observation de Queyrat où une spléno-pneumonie survenue chez un diabétique a été suivie de gangrène pulmonaire et de mort. Mais de même qu'une pleu-

résie même guérie est souvent un fâcheux indice pour l'avenir, il semble que la spléno-pneumonie soit dans bien des cas d'un pronostic très sérieux pour une échéance indéterminée, étant un présage de tuberculose.

La spléno-pneumonie se montre avec une prédominance marquée chez les individus jeunes et les adultes (de 15 à 40 ans); on l'observe aussi, quoique moins nettement, chez l'enfant.

La prédilection pour le sexe masculin est assez singulière; on n'a encore publié aucun cas de spléno-pneumonie chez la femme.

Si on jugeait la fréquence de la spléno-pneumonie d'après le nombre des faits publiés, on la dirait rare. Bourdel n'en a recueilli que douze; depuis deux ans nous en avons observé d'autres à la clinique de l'hôpital des Enfants-Malades. D'ailleurs, l'on ne possède que depuis trois ans, ne l'oublions pas, la notion de son existence et les moyens de la diagnostiquer il est donc probable que pour elle, comme pour beaucoup d'autres maladies longtemps réputées rares, on ne tardera pas à reconnaître qu'elle est assez fréquente.

La NATURE de la spléno-pneumonie, en tant que lésion anatomo-pathologique, n'est pas encore bien élucidée; la terminaison constamment favorable n'a pas permis les vérifications anatomiques. Lorsque par exception l'issue a été fatale, c'était par le fait de complications qui avaient dû dénaturer l'état anatomique primitif.

Queyrat paraît regarder simplement la spléno-pneumonie comme une forme de congestion pulmonaire; il oppose, comme nous le disions plus haut, à la maladie décrite par Woillez (congestion pulmonaire à forme de pneumonie), la maladie décrite par M. Grancher (congestion pulmonaire à forme de pleurésie), et semble n'admettre d'autre lésion qu'une congestion totalisée du poumon.

Bourdel, tout en reconnaissant qu'il y a une part très importante à attribuer à la congestion, pense, avec M. Grancher, qu'il s'agit surtout d'une broncho-pneumonie, aiguë ou subaiguë suivant les cas, pouvant même passer à l'état chronique, et dont le substratum anatomique paraît être la splénisation, c'est-à-dire la pneumonie épithéliale.

La THÉRAPEUTIQUE indiquée par Bourdel consiste à lutter contre l'hyperhémie pulmonaire du début par les ventouses répétées, par les vomitifs, la digitale. A la période d'état, il conseille les badigeonnages fréquents avec la teinture d'iode; — au moment où la résolution semble commencer, une gymnastique respiratoire méthodique et les inhalations d'air comprimé; — enfin, pendant tout le temps de la maladie, mais surtout vers la fin, les toniques : potion de Todd, vin ou extrait de quinquina, Bagnols et alimentation substantielle, afin de parer autant que possible à l'éventualité d'une tuberculose ultérieure qui serait favorisée par la déchéance de l'organisme.

P. LE GENDRE.

MÉDECINE LÉGALE

Responsabilité médicale.

Cours de M. Brouardel.

Notes rédigées par M. Joseph Dayéo.

(Suite).

VII

Syphilis vaccinale.

La question de la syphilis vaccinale au point de vue de la responsabilité du médecin a soulevé beaucoup de discussions.

Jenner avait à peine fait son admirable découverte qu'un certain nombre de praticiens se liguèrent contre lui, disant qu'on allait transporter toutes les maladies : la fièvre typhoïde, la tuberculose, la scrofule, la syphilis, etc.... ; Bousquet et ses partisans déclaraient, au contraire, que la lymphe vaccinale était absolument pure et surtout qu'il était impossible au vaccinateur de transmettre la syphilis par sa lancette.

Cependant, il fallut bien se rendre à l'évidence et les épidémies nombreuses observées depuis ont montré que la vaccination pouvait, dans des circonstances données, devenir un moyen de transmission de la syphilis. En effet, si le vaccin recueilli sur des enfants affectés de syphilis héréditaire, ou sur tout autre sujet en état de syphilis acquise, n'est pas pur, s'il est mêlé de sang ou d'autres humeurs imprégnées du principe contagieux syphilitique, soit qu'on pratique des vaccinations ou des revaccinations, on risque de communiquer en même temps et la vaccine et la syphilis.

Le virus vaccin est inoculé dans ces cas avec le virus syphilitique, lequel est souvent mortel pour les vaccinés lorsque ceux-ci sont des enfants en bas âge.

Ces accidents sont moins rares qu'on ne croit; il suffit de savoir que les principaux centres de production du vaccin sont les maternités, ces grands foyers de la syphilis. D'un autre côté, les revaccinations s'effectuent aujourd'hui en grand nombre dans l'armée et dans la marine, et rien n'est plus facile dans ce milieu que de faire des emprunts de vaccin à des sujets syphilitiques.

On n'en est plus aujourd'hui à compter les cas de transmission de la syphilis par la vaccination : depuis les épidémies mémorables de Lupara, de Rivalta et de Bergame quarante ou 50 faits de ce genre ont été observés.

Un des premiers faits est celui du Dr Hübner, de Bavière, dont le procès a été un des plus importants de médecine légale qui se soient produits et qui a eu tant de retentissement en France et en Allemagne en 1852. Accusé d'avoir transmis la syphilis à huit enfants par l'inoculation vaccinale, le Dr Hübner fut condamné à 6 semaines de prison « pour « avoir pris le vaccin sur un enfant malsain et « chétif, contrairement aux instructions ».

Un chirurgien de Coblentz fut condamné à deux mois de prison pour avoir revacciné 19 adultes avec du vaccin pris sur un enfant syphilitique.

Il suffit de parcourir la thèse de Van Mœris (de Strasbourg 1863) et le mémoire que le Dr Vernois a publié en juin 1860 dans les *Archives générales de médecine*, pour voir combien sont nombreux les faits de ce genre.

Il n'y a pas d'année où l'on n'ait relevé quelque

grave accident. En effet, la syphilis transmise par la vaccination se propage en général très activement, car il est rare que l'auteur de la contagion ne serve pas à vacciner dans la même séance un certains nombre d'individus enfants ou adultes à qui il communique la syphilis avec la vaccine. Si ce sont des nouveau-nés, la contagion passe aux nourrices, puis aux parents, et quelquefois aussi aux voisins.

A la suite de 4 emprunts seulement de vaccin faits à des sujets syphilitiques, on a pu compter jusqu'à 155 enfants atteints de syphilis vaccinale et un nombre de contagions successives qui portait le total des sujets affectés à plus de 300.

Tous les pays ont payé leur tribut à ce mode de propagation de la syphilis. Des endémo-épidémies de syphilis vaccinale ont été observées en France dans les hôpitaux, dans l'armée et dans la pratique civile ; à Paris, où le vaccin de l'Académie en 1865 communiqua la syphilis à 11 individus, à Cherbourg, à Vannes, à Lyon, en Angleterre, aux Etats-Unis et surtout en Italie.

Il existe un moyen infaillible pour prévenir la transmission de la syphilis par la vaccination ; il consisterait à ne vacciner jamais qu'avec le grease, ou le cowpox, ou avec le vaccin retro-inoculé à la vache et recueilli sur elle. Ce moyen fut préconisé par le professeur Palasciano au Congrès Médical de Lyon en 1865; il donna connaissance de la méthode de vaccination qui se pratiquait à Naples depuis plus de cinquante ans, d'une façon très régulière. Il parla de l'étable fondée par Galbiati depuis un demi-siècle, dans laquelle on continuait à propager le cowpox sur des génisses. « Aujourd'hui encore, disait-il, on voit venir la génisse à la porte, « on enlève une pustule et on pratique l'inoculation, on voit les génisses vaccinifères se promener dans les rues de Naples comme les vaches « laitières. »

De nos jours, la vaccination animale est très répandue, en Italie, en Belgique: le gouvernement a créé dès 1868 un Institut vaccinal de l'Etat, qui a pour but la conservation et la propagation gratuite du vaccin animal; en Prusse, en Russie, en Autriche, en Angleterre, la vaccination animale est pratiquée aussi. En France, on l'a employée avec succès pendant les dernières épidémies de variole, et aujourd'hui encore les revaccinations dans les hôpitaux ne se font qu'avec le cowpox de l'Institut vaccinal de M. Chambon.

Du moment que la syphilis vaccinale ne se transmet qu'à la faveur de l'inoculation du sang ou d'un produit syphilitique mêlé au vaccin, il faut, avant tout, s'assurer de la pureté de l'humeur qu'on inocule. L'inoculation faite de bras à bras, et dans laquelle le vaccinifère, lorsque les emprunts sont nombreux, finit presque toujours par fournir autant de sang que de vaccin, expose beaucoup le vacciné à la contagion syphilitique dans les conditions où celle-ci est possible.

Un des points les plus importants aussi est d'essuyer avec soin la lancette après chaque vaccination. A cet effet, M. Brouardel cite un fait dont il a été témoin lorsqu'il était interne de Lorain : « On « avait, dit-il, vacciné toute la salle sans prendre « soin d'essuyer la lancette après chaque lit ; or, « une femme eut un chancre au bras, le vaccinateur avait transporté la syphilis du nº 20 au nº « 21, puisant le virus dans le sang de la voisine en « pleine évolution d'accidents secondaires ». Ainsi donc la même lancette ne doit jamais vacciner deux individus de suite sans être parfaitement nettoyée.

Le premier auteur de la contagion peut parfaitement n'être pas le vaccinifère lui-même, mais bien l'un des vaccinés. En effet, si l'un des enfants compris dans la série qu'on vaccine est syphilitique, la lancette se chargera de son sang en lui faisant la piqûre d'inoculation, et ce sang, transporté sur les enfants qui le suivent dans la série et même sur le vaccinifère, si on lui fait un nouvel emprunt de vaccin, pourra leur communiquer à tous la syphilis, au vaccinifère comme aux autres.

Tous ces inconvénients militent en faveur de la vaccination animale et doivent la faire préférer à toute autre méthode (1).

Il est aussi à souhaiter, que la vaccination de génisse à l'homme se pratique comme en Allemagne où l'on ne se contente pas de prendre tout simplement le vaccin sur le pis de l'animal, mais où, pour plus de sûreté, on tue l'animal pour en faire l'autopsie, et s'il n'a pas de maladie transmissible, on recueille et on livre la pulpe vaccinale.

De plus, il faut espérer que la vaccine deviendra obligatoire en France. Le Reichstag allemand a, en 1874, adopté à une forte majorité le projet de loi sur la vaccination obligatoire.

Voici la teneur des deux premiers articles de cette loi :

« La vaccination est obligatoire pour tout enfant « avant qu'il ait atteint l'âge de deux ans, s'il n'a « pas eu la petite vérole avant ce terme ; la revaccination est obligatoire pour tout écolier et doit « s'opérer pendant l'année où il a atteint la douzième année de son âge, à moins cependant qu'on « ne puisse prouver que cet enfant a eu la petite « vérole dans les 5 dernières années ou qu'il a déjà « été revacciné.

« La loi rend responsables de l'inexécution de « cette loi, les parents d'abord, les instituteurs et « les médecins ensuite ; et après avoir prononcé des « amendes de 25 à 360 marks, ajoute même la « peine de la détention pendant 3 mois. »

Avec un pareil procédé, on n'a constaté, l'année dernière que 35 cas de variole dans tout l'empire allemand tandis qu'en France dans la seule ville de Marseille il y en a eu 135 ! Ce qui est énorme.

A côté des dangers de la syphilis vaccinale, il faut donner une place à ceux de la vaccine elle-même. Il y a deux ans à peine, des accidents graves se sont produits dans une petite localité de Puy-de-Dôme. Un médecin avait vacciné 46 enfants tous dans la même séance ; sur ce nombre, 6 sont morts et 40 ont été malades. Après enquête, on constata que le médecin avait recueilli ce qu'il croyait être de la lymphe vaccinale sur des pustules formées au bout de soixante-douze heures chez un enfant. Or, personne n'ignore que le vaccin n'est bon à prendre sur les enfants qu'à partir du sixième jour.

Les cas de mort en vingt-quatre heures à la suite d'une vaccination n'étaient pas connus jusqu'alors. Ce fait rappelle l'expérience de Davaine, qui avait constaté que du sang putréfié, étant inoculé, augmentait de virulence jusqu'à la troisième transmission.

(1) Je dois citer ici un ouvrage intéressant du Dr Claudon de Clans (Alpes-Maritimes), conservateur du vaccin à Nice. Son étude comparative du vaccin humain contient, outre les procédés opératoires, un grand nombre de statistiques portant sur la vaccination à Nice et en Italie par le nouveau procédé du cowpox. L'Académie de médecine de Paris a reconnu la valeur de ce mémoire en lui décernant une médaille d'or.

J. D.

Traduit devant les tribunaux, le médecin obtint une ordonnance de non lieu, mais il n'en est pas moins vrai que, s'il avait mieux connu l'évolution de la vaccine, il n'aurait pas commis une faute semblable.

Les Allemands se sont emparés du fait et l'ont discuté longuement, disant que les choses ne se seraient pas passées ainsi chez eux, et on citait l'exemple d'un de leurs médecins qui avait vacciné 90 personnes dont 53 furent malades et 15 moururent en quarante-huit heures ; il fut condamné pour ce fait à 1.500 francs d'amende. Il faut avouer que ce n'était pas trop !!

Telles sont les considérations que j'ai cru devoir développer avec détails à cause de l'importance capitale de la syphilis et de sa prophylaxie.

Autrefois l'on aurait jugé immoral de s'étendre sur un pareil sujet ; mais le temps et l'étude de la nature ont fait justice d'une foule de préjugés et d'erreurs. La société, revenue avec ses guides à la saine raison, veut avoir, parce que c'est à la fois dans ses idées et dans ses intérêts, l'explication naturelle des dangers qui la menacent ou qu'elle court.

Naguère encore, certains hommes, Max Simon entre autres, prétendaient qu'il fallait limiter au nom de la morale telles ou telles informations et dans certains cas s'abstenir de trop éclairer l'opinion publique ; c'est ainsi que pour ces moralistes l'incurabilité et la gravité de la syphilis étaient les meilleures sauvegardes contre la dépravation des mœurs. La question de la prophylaxie de la syphilis occupe actuellement encore l'Académie de médecine et aucun professeur ne se voit expulsé de la Faculté comme on l'a fait en 1772 pour Guibert de Prével qui avait proposé un simple remède contre la syphilis.

Tous ces préjugés malsains n'existent plus. Aujourd'hui la science et la morale ne sont pas antagonistes.

(*A suivre.*)

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Médecins et Officiers.

Nous nous faisons un devoir de reproduire cet article du *Bulletin médical*. Il est bien pensé et excellemment dit. Ses conclusions nous font regretter que le corps médical ne sache pas, d'une façon précise, à qui s'adresser et par qui faire porter ses légitimes deboires en haut lieu. Tant que la presse médicale ne sera pas fortement syndiquée, les récriminations seront vaines.

A. C.

Le Sénat, qui discute en ce moment la loi sur le recrutement, vient d'adopter en première lecture des dispositions, qui d'une part créent une situation privilégiée pour les élèves des Ecoles Polytechnique et Forestière, et d'autre part imposent des conditions draconiennes aux élèves du service de santé et de l'Ecole de médecine navale, et aux élèves militaires des Ecoles vétérinaires. La différence de régime est si extraordinaire, si invraisemblable que nous avons cru devoir mettre sous les yeux de nos lecteurs les deux articles suivants, adoptés sans discussion :

Art. 34. — Les jeunes gens reçus à l'Ecole polytechnique ou à l'Ecole forestière, qui sont reconnus propres au service militaire, n'y sont définitivement admis qu'à la condition de contracter un engagement volontaire de trois ans.

Ils sont considérés comme présents sous les drapeaux, dans l'armée active, pendant tout le temps passé par eux dans lesdites Ecoles. S'ils ne peuvent satisfaire aux examens de sortie, ou s'ils sont renvoyés pour inconduite, ils sont incorporés dans un corps de troupe pour y terminer le temps de service qu'il leur reste à faire.

Les élèves de l'Ecole polytechnique admis dans l'un des services recrutés à l'Ecole ou quittant l'Ecole, après avoir satisfait aux examens de sortie, sans entrer dans aucun service civil, les élèves de l'Ecole forestière admis dans l'Administration des forêts, sont nommés sous-lieutenants de réserve et accomplissent immédiatement en cette qualité, dans un corps de troupe, leur troisième année de service.

Art. — 35. — Les élèves du service de santé militaire et les élèves militaires des Ecoles vétérinaires contractent, en entrant à l'Ecole, l'engagement de servir dans l'armée active pendant six ans au moins, à dater de leur nomination au grade de médecin aide-major de 2e classe ou d'aide-vétérinaire.

Ceux qui n'obtiendraient pas le grade d'aide-major ou d'aide-vétérinaire, ou qui ne réaliseraient pas l'engagement sexennal sont incorporés dans un corps de troupe pour trois ans, sans déduction aucune du temps écoulé depuis leur entrée à l'Ecole.

Ces dispositions sont également applicables aux élèves de l'Ecole de médecine navale.

Ainsi, tandis que à l'Ecole Polytechnique ou à Nancy l'insuffisance aux examens ou l'inconduite permet de défalquer le temps passé à l'Ecole des trois ans de service militaire dus par les élèves licenciés, le même échec ou la même faute entraine pour les élèves du service de santé ou de l'Ecole navale et les élèves militaires des Ecoles vétérinaires l'obligation d'effectuer intégralement les trois ans de service comme hommes de troupe. Tandis que le polytechnicien et le forestier, après avoir servi un an comme officiers de réserve, peuvent reprendre leur liberté, le médecin, dont les études ont duré cinq ans, est tenu, avant de pouvoir rentrer dans la vie civile, de servir encore six ans comme médecin militaire, à moins qu'il ne préfère être soldat pendant trois ans !

Cette inégalité dans la façon de traiter les élèves de ces différentes Ecoles semble à première vue s'accorder assez mal avec les aspirations de notre société moderne, qui réclame avant tout la liberté et l'égalité. Il faut donc que le législateur ait trouvé des raisons bien puissantes pour donner un pareil croc-en-jambes à la devise qui s'étale en lettres majuscules sur tous nos édifices publics. Malheureusement ces raisons n'ont été données ni dans le texte du projet, ni dans les discussions, de telle sorte que l'on est réduit à des conjectures.

La première idée qui vient à l'esprit, c'est que l'Etat ne doit se montrer si exigeant à l'égard des médecins et des vétérinaires militaires, que parce qu'il dépense pour leur instruction des sommes hors de proportion avec celles que lui coûtent les polytechniciens et les forestiers. Eh bien, il n'en est rien. Les élèves du service de santé sont pris, pour la majeure partie, parmi les étudiants à huit ins-

criptions ; à partir de ce jour, et jusqu'à la fin de leurs études, l'Etat paye leurs frais de scolarité, soit 900 francs ; en outre, à partir de la treizième inscription et jusqu'à leur réception au doctorat, il leur alloue 100 francs par mois, soit en moyenne 1,400 fr. par élève. Un élève du service de santé coûte donc à l'Etat 2,300 francs. N'est-il pas certain que, défalcation faite de la pension payée par quelques élèves, l'Etat dépense au moins autant pour l'habillement, le logement, la nourriture, l'instruction des élèves de Polytechnique.

Si l'instruction du médecin militaire ne coûte pas à l'Etat plus cher que celle du polytechnicien, il faut donc chercher dans un autre ordre d'idées la raison de la différence de traitement appliqué aux uns et aux autres. Bien que les études du médecin ne le cèdent en rien à celles d'ingénieur, il y a quelques esprits pour lesquels l'Ecole Polytechnique représente un niveau intellectuel, qui ne souffre pas la comparaison. Si, comme nous le verrons plus loin, le ministre civil de la guerre semble appartenir à ce groupe d'enthousiastes, il est juste d'ajouter que la majorité du Parlement, tout en rendant justice à l'Ecole Polytechnique, ne l'exulte point au détriment des autres études, et les avantages exceptionnels faits aux polytechniciens n'ont point été dictés par un sentiment d'estime exagéré pour cette Ecole.

On est ainsi amené par exclusion à admettre l'opinion qui a cours dans le corps de santé. Cette mesure d'exception ne nous est appliquée, nous ont dit nos confrères militaires, que pour enrayer les demandes de démissions, si nombreuses, qu'entraînent à leur suite les désillusions qui attendent tant d'entre nous dès le début de la carrière. On est jeune, aimant tout à la fois la médecine et la vie militaire, et l'on entre dans le corps de santé croyant trouver les satisfactions que donnent une carrière libérale et la position d'officier. Peu à peu la situation se dessine sous son vrai jour ; on voit combien est limitée la fameuse autonomie du corps de santé, on découvre le fossé qui sépare les combattants des non combattants, et on en souffre, on commence à déchiffrer l'annuaire et on s'aperçoit que l'avancement est illusoire ; les déplacements se succèdent, les mauvaises garnisons arrivent ; la solde est maigre, surtout si l'on songe à ce que gagnent les confrères civils. Ceux qui ont le feu sacré restent quand même ; ils comprennent que ces misères de la vie matérielle ne font que rehausser leur rôle tout de sacrifice ; ils s'attachent à ce pauvre diable de soldat, dont ils sont si souvent l'appui et le défenseur ; ils trouvent dans l'affection et la reconnaissance de ces êtres si bons, si dévoués, des satisfactions inappréciables ; ils se rappellent que la médecine militaire n'est pas encore arrivée à la situation et à l'indépendance qu'elle doit avoir dans l'intérêt même de l'armée, et soutenus par les efforts de leurs anciens, ils espèrent dans l'avenir et continuent la lutte pacifique qui doit amener l'autonomie complète du service de santé. Les autres, ceux qui se sont trompés sur leur vocation et ne sont point taillés pour faire des médecins militaires, s'aperçoivent vite de leur erreur et demandent à s'en aller. Ils ont bien signé un petit papier, qui s'appelait hier engagement d'honneur, qui s'appellera demain de tout autre nom ; mais, comme ils offrent de rembourser intégralement à l'Etat l'argent qu'il a déboursé pour eux, ils pensent, les naïfs, qu'on leur rendra leur liberté. Mais ils s'aperçoivent bientôt que la maison n'est pas au coin du quai, et que prisonniers ils sont, prisonniers ils resteront.

En agissant ainsi l'Administration de la guerre a la légalité pour elle, mais sa conduite est immorale et maladroite. Maladroite, parce qu'on ne saurait attendre de bons services de gens qui servent à contre-cœur. Immorale, parce qu'on ne doit pas faire signer à des mineurs, à des enfants de dix-sept à dix-huit ans, des engagements qui les lient pour onze ans, parce que l'Etat demande trop pour les avantages qu'il offre ; opère, en somme, un placement usuraire, et empêche, contrairement aux principes fondamentaux du droit, ses débiteurs de se libérer en rendant l'argent qui leur a été avancé.

Ainsi donc l'Etat, en présence du découragement que présente le corps de santé, découragement qui se traduit par de nombreuses retraites anticipées et de nombreuses offres de démissions, ne trouve rien de mieux que de recourir à une mesure d'exception, condamnable à tous égards, acceptée facilement par des enfants sans expérience de la vie, et qui les enchaîne jusqu'à une époque telle, qu'au moment où ils redeviennent maîtres de leur sort, ils se trouvent trop âgés pour tenter de se créer une clientèle civile.

Au lieu de se raccrocher à un expédient, d'autant plus condamné qu'il n'est pas appliqué aux personnes, qui ont à leur disposition des influences politiques sérieuses, l'Administration de la guerre ferait beaucoup mieux de suivre les errements usités du temps de l'Ecole de Strasbourg. Cette Ecole envoyait en moyenne soixante-dix stagiaires au Val-de-Grâce ; aujourd'hui, bien que le nombre des médecins militaires soit augmenté de près d'un tiers par rapport aux effectifs de 1870, on ne reçoit plus que quarante-cinq élèves. Il s'en suit que, ce chiffre de quarante-cinq stagiaires étant insuffisant pour maintenir les cadres au complet, on ne peut et ne veut laisser partir aucune unité, quelle que soit sa valeur personnelle. Si au contraire, le recrutement des stagiaires était plus considérable, on pourrait accepter les démissions, sauf restitution des dépenses faites par l'Etat. Dans ces conditions les intérêts du budget de la guerre seraient sauvegardés, l'armée aurait de bons médecins de réserve, et ne verrait plus jouer la triste comédie du médecin militaire malgré lui. Dans tous les cas, il semble, qu'au lieu de créer un système d'exception pour enchaîner les médecins militaires, il serait plus adroit et plus honorable de les attacher à leur situation en faisant droit à leurs justes doléances, qui ne sont inspirées que par le désir de faire atteindre au service de santé ce degré de perfectionnement où voudraient le voir tous ceux qui ont un souci bien entendu de la vie du soldat.

Malheureusement, ce courant d'opinions ne semble guère régner en haut lieu, où, dans l'application de la loi sur l'administration de 1882, on a fait le possible pour atténuer les dispositions qui, en créant l'autonomie du corps de santé, ont fait du médecin militaire un véritable chef militaire.

Dans tous les cas, aucune des mesures prises jusqu'à ce jour n'a été aussi blessante pour le corps de santé, aussi préjudiciable à ses intérêts, que celle que l'*Avenir Militaire* prête à M. de Freycinet. Le ministre, dit notre confrère, aurait saisi le Conseil supérieur de la guerre d'un projet d'unification de solde, qui comporterait deux soldes distinctes, l'une pour les combattants, l'autre pour les non combattants. Que l'on fasse l'unification des soldes, nous n'y voyons aucun inconvénient, à condition que, dans chaque grade, il n'y ait que deux

soldes, celle de l'officier monté et celle de l'officier non monté. Mais que l'on vienne dire qu'à grade égal l'officier doit être plus largement rémunéré que le médecin, cela, nous ne l'accepterons jamais, et c'est une question qui n'intéresse plus seulement nos camarades du cadre actif, mais qui vise notre situation à nous médecins de réserve ou de l'armée territoriale.

Si la solde d'un grade devait être proportionnelle à la somme de travail et de connaissance nécessaires pour obtenir ce grade, il est hors de doute que le traitement d'un aide-major devrait dépasser de beaucoup celui d'un sous-lieutenant. Aussi on est en droit de se demander si M. de Freycinet ne croit pas avoir encore affaire aux chirurgiens-barbiers du moyen-âge, en estimant les services des médecins militaires comme de qualité inférieure à ceux des combattants. Aussi bien il convient de s'expliquer, une bonne fois, sur ce que signifient ces grands mots de combattants et de non combattants.

Si par combattant l'on ne doit entendre que l'homme qui tire ou fait tirer des coups de fusils sur un champ de bataille, si c'est là son seul mérite, le médecin militaire ne doit pas être rangé dans cette catégorie, qui ne devrait comprendre ni les majors, ni les trésoriers, ni les officiers d'habillement, ni les officiers de recrutement, ni la prévôté, ni les troupes du train, etc. Mais si le combattant doit désigner tout homme qui expose sa vie sur le champ de bataille, si son mérite est dans les périls qu'il court, dans le sacrifice qu'il a fait de l'existence, dans le sang-froid qu'il conserve au milieu des dangers et de l'excitation de la lutte, personne, plus que le médecin, n'a droit à ce titre. Pour nous et pour tous les gens de bonne foi, qui ne sont ni inféodés à des traditions d'un autre âge, ni intéressés à la perpétuation du privilège, il ne doit y avoir que deux catégories de militaires : ceux qui exposent leur vie sur les champs de bataille et ceux qui ne quittent pas les derrières de l'armée.

Les médecins militaires ont acheté assez chèrement le droit de compter parmi les premiers, pour sentir tout ce qu'il y a d'injuste et de blessant à les exclure des combattants, eux qui accompagnent le soldat partout, vivent de sa vie, partagent ses dangers, et meurent si souvent de sa mort, sans compter le lourd tribut qu'ils payent journellement à l'épidémie, cet ennemi qui a fait pâlir les plus braves officiers. Aussi la mesure proposée par M. de Freycinet, en creusant davantage la séparation qui existe entre les officiers de troupe et les officiers du corps de santé, est blessante pour le corps médical tout entier, qu'elle atteint dans sa considération, et nous faisons appel à nos confrères qui siègent au Parlement, pour les prier de combattre énergiquement une proposition aussi préjudiciable à l'honneur de notre corps. Dr Noel.

NOUVELLES

Le concours pour 2 places de chirurgiens des hôpitaux de Paris s'est terminé par la nomination de MM. Michaux et Chaput.

— Il y a quelques jours, M. Diday réunissait dans un banquet intime les chirurgiens de l'Antiquaille. Il s'agissait de fêter le cinquantenaire de sa réception au majorat de l'Antiquaille. C'est en 1838 que M. Diday concourut et fut nommé. Personne, en voyant la verdeur et l'entrain du héros de la fête, n'eût pu croire qu'un demi-siècle s'était écoulé depuis qu'il était entré dans le corps médical des hôpitaux de Lyon.

— Le conseil général de la Seine a décidé de demander de nouveau que le nom de l'asile de Sainte-Anne soit changé en celui de Cabanis.

— Dans sa séance du 22 juin, le conseil d'hygiène et de salubrité du département de la Seine a adopté à l'unanimité un rapport concluant à la prohibition de la saccharine dans l'alimentation générale, comme pouvant avoir des dangers pour la santé publique.

— Le conseil municipal de Paris a décidé que dès le mois de janvier prochain, au moment du recensement des chiens, il sera remis avec la quittance constatant le paiement de l'impôt une médaille, dont le modèle variera chaque année, que le chien devra porter à son collier.

On espère voir diminuer par ce moyen le nombre des chiens errants et par suite le nombre des cas de rage, qui depuis quelque temps se sont multipliés considérablement.

— A la demande du Consistoire israélite de Paris, MM. les docteurs Duplay, Klein, Leven, Périer, Marc Sée et Worms se sont réunis sous la présidence de M. Zadoc Khan, grand-rabbin de Paris, pour étudier les modifications à introduire dans le règlement de la circoncision. A cinq voix contre une, nos confrères ont rejeté le procédé de la succion ; ils ont proposé de rétablir le poste d'inspecteur de la péritomie, supprimé l'article limitant le nombre des péritomistes à Paris et précisé les soins de propreté que doit prendre l'opérateur. Enfin, M. Duplay a été chargé de formuler le manuel de l'opération et du pansement.

NÉCROLOGIE

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Adrien Kusmierski, ancien interne des hôpitaux de Bordeaux, proclamé, avec le n° 1, externe des hôpitaux de Paris, au concours de 1887. Ce malheureux jeune homme, fils et petit-fils de médecins, a succombé à une angine diphthéritique contractée dans l'exercice de ses fonctions.

— Nous déplorons aussi la mort de M. Dautigny, interne en médecine des hôpitaux de Paris.

BIBLIOGRAPHIE

Formulaire clinique et thérapeutique pour les maladies des enfants, par le Dr A. Veillard, 2e édition, 1 vol. in-18, prix 4 fr.

Paris, O. Berthier, 104, boul. Saint-Germain.

L'Hygiène de l'Estomac, par le Dr E. Monin, secrétaire de la Société française d'hygiène, officier de l'Instruction publique, etc...

« A notre époque de vie à outrance, l'estomac est souvent la première victime des infractions faites à l'hygiène : tout le monde souffre plus ou moins de troubles gastriques ou de digestions défectueuses. Aussi tout le monde saura-t-il gré à l'auteur populaire de *l'Hygiène de la beauté* d'avoir écrit ce charmant volume, véritable guide de « l'homme d'esprit » selon Brillat-Savarin, c'est-à-dire de « celui qui sait manger ».

Le volume du Dr Monin, précédé d'une délicieuse *Préface* de Théodore de Banville, est édité, avec une rare élégance, par O. Doin, 8, *place de l'Odéon*. Nous lui souhaitons le succès qu'il mérite, ou simplement la vogue de ses aînés.

Le Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André, 3

Dixième année | N° 28 | 14 Juillet 1888

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE

L'Union médicale des Sociétés de Secours Mutuels.

Malgré quelques déclarations platoniques de certaines sociétés médicales des divers arrondissements de Paris, ce que nous avions prévu s'est réalisé. L'Union médicale est constituée. Après la réunion de 500 délégués des Sociétés du département de la Seine, sous la présidence de M. Bonjean, le 4 février, 30 sociétés se sont réunies en quelques jours et ont constitué la nouvelle association, nommé le conseil d'administration et sollicité du préfet de police l'autorisation qui a été délivrée le 10 mars.

Le nouveau service médical comprend tout Paris et quelques communes de la Seine. L'assemblée générale des délégués nommait, le 9 mai dernier, 140 docteurs, titulaires de 140 sections. La liste est à l'impression. Nous la publierons, ainsi que les statuts et le règlement médical.

Le 1er juillet on est entré en fonctionnement avec près de dix mille sociétaires. Les sociétés qui n'ont pu adhérer à cette date, sont invitées à se préparer pour le 1er octobre, puisque l'abonnement annuel étant de 2 fr. par membre (homme, femme ou enfant au-dessus de 16 ans) et payable par quart, les adhésions des Sociétés seront reçues par trimestre.

Nous l'avions bien prévu : malgré nos avertissements et nos tentatives d'action, l'Union médicale est constituée. Elle n'est qu'au début de ses exploits! — A. C.

Prophylaxie de la contagion (suette, roséole, tuberculose).

M. Jablonski (de Poitiers) fait remarquer que la circulaire du 1er mars 1888 relative à l'isolement des élèves atteints de maladies contagieuses ne fait pas mention de deux maladies qui sévissent en ce moment dans la Vienne, la suette miliaire et la roséole.

La suette règne depuis deux mois dans ce département : elle a frappé environ 70 personnes et causé 9 décès.

La suette nécessite l'éloignement des écoles pendant 40 jours pour les enfants qui en ont été atteints.

Après la roséole un éloignement de 25 jours, suffit.

M. Jablonski a aussi très bien fait d'appeler l'attention de l'Académie sur la prophylaxie de la tuberculose dans les établissements scolaires et notamment dans l'internat des lycées. Il serait utile de décider si les médecins de ces établissements doivent ou non laisser vivre en commun avec les autres élèves ceux qui présentent des symptômes de phthisie confirmée.

La saccharine n'est pas tolérée dans les denrées alimentaires.

Le laboratoire municipal ayant constaté que des vins de Champagne étaient édulcorés avec la saccharine et qu'on introduit en France des glucoses massées ou liquides contenant de 1 à 2 % de saccharine, le préfet a saisi le conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine de la question de l'emploi alimentaire de la saccharine.

M. Dujardin-Beaumetz, rapporteur de la commission nommée, conclut ainsi :

« En présence des troubles digestifs que peut provoquer la saccharine et en se basant sur ce fait que la saccharine n'est pas un aliment, puisqu'éliminée en nature elle ne subit dans l'économie aucune modification, la commission est unanime pour considérer la saccharine comme un médicament et non un aliment.

De plus, convaincue que la saccharine ne servirait qu'à augmenter les falsifications déjà si nombreuses des denrées alimentaires, la commission est d'avis que l'on doit repousser la saccharine de l'alimentation générale comme pouvant avoir des dangers pour la santé publique.

Je tiens à ajouter que, si personnellement je considère l'introduction de la saccharine dans l'alimentation générale comme une falsification pouvant avoir de sérieux inconvénients, je maintiens néanmoins, qu'au point de vue thérapeutique, cette saccharine rend des services chez le petit nombre de diabétiques qui ne peuvent se passer de sucre, et qu'à ce point de vue, le régime des diabétiques s'est considérablement amélioré par suite de l'introduction de cette saccharine dans l'alimentation spéciale des diabétiques. »

M. *Worms* a signalé précédemment certains inconvénients inhérents à l'usage habituel de la saccharine ; M. Pavy, le praticien anglais qui voit le plus grand nombre de diabétiques, a également constaté que les rares diabétiques qui ne peuvent se passer de sucre et à qui on a donné de la saccharine ont dû y renoncer ; car après quinze jours d'usage elle leur occasionne une perte d'appétit fort nuisible à leur état.

Cathétérisme à demeure dans le traitement des rétrécissements cancéreux de l'œsophage.

M. Kirmisson a pu prolonger plusieurs mois par ce moyen des malades auxquels la gastrostomie la plus réussie n'aurait pas donné une survie plus longue.

Quant au mode opératoire, deux procédés sont en présence : l'un consiste dans l'emploi de longues sondes œsophagiennes conseillées par Krishaber ; l'autre dans celui des tubes courts préconisés par Charters Symonds, et après lui par MM. Gersung, Leyden et Renvers.

Les tubes courts de Symonds sont difficiles à introduire et à retirer ; en outre, comme ils ne remontent pas au delà de la partie supérieure de l'œsophage, il arrive souvent que quelques parcelles alimentaires glissent entre le tube et l'œsophage ; ces parcelles arrivent ainsi sur les parois du rétrécissement et l'irritent.

L'instrument qui, d'après M. Kirmisson mérite la préférence pour le cathétérisme à demeure de l'œsophage, se compose de deux parties : une fine bougie conductrice en baleine et une sonde à bout coupé. La bougie conductrice a été imaginée par M. Verneuil ; lorsqu'on est parvenu à lui faire franchir le rétrécissement, on glisse sur elle la sonde à bout coupé. Lorsque celle-ci est en place dans l'œsophage, il s'agit de ramener son extrémité antérieure dans une des fosses nasales, où elle doit être fixée. Pour cela une sonde uréthrale ordinaire, à bout olivaire, est introduite dans la fosse nasale où l'on veut fixer la sonde œsophagienne et conduite par-dessus le voile du palais jusque dans l'arrière-gorge. L'extrémité inférieure de cette sonde, visible dans le pharynx, est alors ramenée à l'aide d'une pince jusqu'à l'orifice buccal, où elle est unie avec la sonde œsophagienne au moyen d'un fil qui sert à attirer cette dernière jusqu'à l'orifice antérieur des fosses nasales. Pour y arriver, il faut réséquer l'espèce d'entonnoir qui termine habituellement ces sondes. Rien n'est plus facile que de maintenir la sonde en place dans la fosse nasale où elle a été introduite au moyen d'une épingle anglaise traversant ses parois, ou encore au moyen de deux fils qui, passant derrière l'oreille, sont noués ensemble à la nuque.

Quoique la même sonde puisse être laissée très

FEUILLETON

Historiquement ce que deviennent nos libertés professionnelles (*suite*).

A Besançon, au XVIe siècle, le magistrat ne se montrait pas très exigeant pour y permettre l'exercice de l'art de guérir. Voici textuellement en quoi consistaient les garanties scientifiques que tout aspirant devait donner.

ORDONNANCES DES MÉDICINS

« Premièrement, que tous les médicins, quand « ilz viendront nouvellement des estudes de médi« cine ou de pratiquer par pays, soit qu'ils soient « natifz de la eité ou étrangers, et soit qu'ils soient « jeunes ou vieulx, ils seront tenuz, avant qu'ils « practiquent auculnement en ceste cité, eulx pré« senter par devant nous et requérir licence de ce « faire.

« Lesquelx, après leur requeste receue par noz « députés et commis, médecins, apoticaires que « aultres, seront examinez et interroguez de leur art, « sçavoir et practique, dont nous sera faict rapport, « afin de les refuser ou leur permettre de practi« quer, moyennant qu'ilz seront tenuz nous faire « le serment. ...

« Pour lesquelx malades diligentment guérir, « seront tenus lesdicts médecins veoir sur leurs « livres les raisons de leurs maladies, tant par les « urines, aspect des malades, complexions d'iceulx « que sur leurs responses etc. (1) »

Les chirurgiens aussi étaient astreints à passer un examen qui portait sur la situation des veines, sur l'utilité des saignées et sur le temps où elles doivent être faites ; « à raison de quoy sera tenu

(1) Voir aux Archives de la Préfecture un important recueil de règlements ayant pour titre : *Police du noble hostel consistorial de la cité de Besançon — réputée par les empereurs chambre et bouclier du St-Empire, — départie en neuf libvres où se voyent bien et déhuement reiglés tous les estats y estants, ainsy qu'il convient à la république d'une telle cité* (Ex mandato nobilis Simonis Gauthiot, domini ab Ancier, Varre, Cyley, Bretigney, etc., exaravit Hugo Deschamps anno MDLCXXXIII — 1583 —)

Manuscrit relié in-folio.

Livre 5e

longtemps en place, il sera bon de l'enlever de temps en temps pour la nettoyer. Si même la dilatation produite par sa présence a été suffisante pour rendre désormais facile le cathétérisme, on pourra substituer à la sonde en tissu élastique une sonde en caoutchouc rouge, toujours plus ample et plus élastique.

Ce n'est pas seulement dans les rétrécissements cancéreux de l'œsophage, mais encore dans les rétrécissements cicatriciels que cette méthode doit être employée. Le cathétérisme à demeure dans les rétrécissements simples de l'œsophage a les mêmes avantages que dans la cure des rétrécissements de l'urèthre. Enfin, il n'est pas jusqu'aux brûlures de l'œsophage qui pourraient être utilement traitées d'emblée par l'usage de la sonde à demeure. Celle-ci aurait le double avantage de permettre l'alimentation facile du malade et de s'opposer autant que possible à l'établissement d'un rétrécissement. En un mot, le cathétérisme permanent paraît appelé à prendre une place importante dans un grand nombre des affections de l'œsophage.

Traitement des anévrysmes par la méthode de Moore.

M. *Bucquoy* a porté devant l'Académie la question du traitement des anévrysmes par la *filipuncture* ou abandon des corps étrangers filiformes dans le sac. C'est le procédé de Moore. M. Bucquoy a été amené à l'essayer sur une malade atteinte d'un anévrysme crural ; celle-ci a succombé quelques temps après, à d'autres accidents, mais l'autopsie a permis de constater un succès local : la poche dans laquelle on avait introduit un ressort de montre était oblitérée par un caillot fibrineux.

M. *Lépine* (de Lyon) s'est montré très partisan de la méthode de Moore et à ce sujet il y a eu polémique entre lui et M. *Verneuil*. Celui-ci a pris texte de la communication de M. Bucquoy pour traiter la question ex-professo ; il a jusqu'ici fait l'historique et continuera dans la prochaine séance de l'Académie.

MM. *Morache* (de Bordeaux) et *Chédevergne* (de Poitiers) ont été élus correspondants nationaux de l'Académie.

Le sulfonal ; nouveau médicament somnifère.

Le sulfonal est un corps obtenu par Baumann (de Fribourg) par combinaison de l'Ethylmercaptan et de l'acétone ; d'après la terminologie chimique usitée de nos jours, il mérite le nom de diéthyl-sulfon diméthy-méthane (!). Kast (de Fribourg), après avoir fait des expériences sur les animaux pour s'assurer de l'action physiologique et du degré de toxicité du sulfonal, l'a administré à des adultes bien portants et s'est assuré qu'à la dose de 3 à 4 grammes il ne produit aucun effet fâcheux immédiat ou consécutif.

Puis, sur une soixantaine de malades, névropathes pour la plupart, ayant des insomnies nerveuses, il a constaté que les choses se passent de la façon suivante :

Une demi-heure au moins, deux heures au plus après l'ingestion du médicament (dose : 2 ou 3 gr.), il se produisait un sommeil calme, de cinq à huit heures de durée, au sortir duquel les malades se sentaient réconfortés sans éprouver le moindre effet désagréable, sauf quelquefois une sensation de fatigue légère. Pendant le sommeil, le pouls et la respiration étaient simplement un peu ralentis, comme il arrive pendant le sommeil physiologique. La médication n'a jamais causé de troubles digestifs, elle a même été bien supportée par un malade qui souffrait d'un catarrhe aigu de l'estomac.

Des analyses spectrales et microscopiques ont démontré que le sulfonal, même quand il est administré à un animal à doses toxiques, n'altère pas les éléments constituants du sang.

Il ne paraît pas que le médicament soit de ceux

« chascung barbier d'avoir toujours en son ouvroir « ung almanach. » On s'assurait aussi que le postulant « sût bien amoller razeurs, ciseaulx, lancet- « tes et aultres utilz nécessaires, etc. »

Voici au surplus mieux détaillée la matière de l'examen :

« Premièrement, fera et préparera deux fertz de « lancette, à sçavoir en chascune des boutiques des- « dits maistres jurés une, et en chascune desdictes « boutiques sera tenu demeurer huit jours, tant « pour faire et préparer lesdictes lancettes que pour « panser les malades qui se présenteront esdictes « boutiques, afin que par ce moïen lesdicts mais- « tres jurés cognoissent s'il sera expert en son art « et s'il cognoistra les maladies, causes, signes et « jugements, accidents et curations d'icelles, pour « veoir aussy s'il sçaura faire plumaceaux, emplas- « tres, bandages et aultres choses requises audict « art de chirurgie.

« Lesquelles lancettes seront bien polies, tran- « chantes et de bonne pointe, propres pour doulce- « ment ouvrir veines et faire aultres opérations né- « cessaires, lesquelles ils feront enchâsser comme « les portent ordinairement lesdicts maistres et « d'icelles feront deux phlébotomies, selon l'advis « desdicts jurés par lesquels ils seront examinés sur « les veines, artères, situation et division d'iceulx, « en présence et par tous les maistres dudict art.

« Et ce faict, sera tenu celui qui se voudra passer, « demander terme comme de huit ou quinze jours, « selon la commodité desdicts maistres, pour faire « leur examen général sur toutes les maladies exté- « rieures du corps humain où eschoit opération « manuelle, et y sera examiné par chascun desdicts « maistres dudict art particulièrement, si faire le « veullent.

« ..... S'il se trouvait quelque déffaut de science « en lui, il leur sera ordonné ne practiquer en prac- « tiques douteuses à certain temps, sans appeler un « maistre, et s'il est trop ignare, il sera renvoyé « pour estudier (1) ».

Voilà un examen déjà sérieux.

Mais c'était à Besançon que cela se passait. En retour de ces exigences, on leur octroyait par privilège le bénéfice d'exercer leur art, interdisant à tous *gens d'aultes mestiés, aux cousturiers, aux*

(1) *Ibid.*

dont l'usage entraîne une prompte accoutumance, du moins d'après les observations faites jusqu'à ce jour, mais qui n'embrassent pas une période assez longue, pour autoriser un jugement définitif.

Le mode d'administration du médicament est des plus simples. On le fait prendre en nature, par prises de 1 gramme, enrobé dans du pain azyme ou en suspension dans de l'eau.

Son insipidité dispense de l'emploi d'un correctif et facilite en outre l'administration du sulfonal aux personnes qui se refusent à prendre des médicaments, aux déments, par exemple. En de telles circonstances, on fera tout simplement absorber le sulfonal en suspension dans du lait chaud, du thé, ou dans quelque autre boisson, en ayant soin de faire réduire au préalable la substance médicamenteuse en poudre très fine.

Les modifications que subit le sulfonal dans l'organisme ne sont pas encore bien connues. Une chose est certaine, c'est que le médicament est éliminé en majeure partie sous forme d'une autre combinaison sulfurée (acide sulfonique). On ne connaît pas de réaction caractéristique, permettant de constater la présence du sulfonal dans les urines.

En résumé, M. Kast estime que nous possédons dans le sulfonal un médicament somnifère d'une grande innocuité et dont l'emploi est indiqué surtout dans les cas où il y a lieu *d'appuyer* le besoin de sommeil qui se manifeste avec sa périodicité normale ; mais le sulfonal peut aussi provoquer ce besoin.

MÉDECINE PRATIQUE

Les Coryzas chez les petits enfants

Diagnostic, complications, traitement.

I

On vint une nuit me chercher pour un jeune enfant qui, disait-on, devait avoir le croup, tant il suffoquait et tant les bruits qu'on entendait dans sa gorge paraissaient singuliers.

Je trouvai un enfant de trois mois, de vigoureuse apparence, élevé au sein. Il respirait, en effet, très difficilement, ou du moins ne pouvait respirer que par la bouche ; de temps en temps sa figure devenait violacée comme celle d'un enfant dans les voies aériennes duquel s'engagent des liquides ou des mucosités ; on entendait dans la gorge une sorte de ronflement stertoreux, puis la crise se jugeait par des éternuements violents et la projection par la bouche ou par les narines de mucosités visqueuses et verdâtres.

Par l'interrogatoire de la mère et de la nourrice, je reconstituai les commémoratifs. L'enfant se portait bien la veille ; à vrai dire, on l'avait entendu éternuer déjà dans la matinée et son nez suintait un peu ; pourtant on l'avait sorti par un temps très humide. Au retour de la promenade il paraissait mal à l'aise et on constata qu'il avait un coryza ; il prit le sein, mais le quitta presque aussitôt et bientôt refusa obstinément de le prendre. Je fis présenter le sein devant moi ; l'enfant s'y jeta d'abord avidement, puis, après avoir fait une tentative de succion, se rejeta en arrière suffoquant et bleuissant.

De temps en temps on essayait de l'endormir par le bercement et les chansons ; mais à peine commençait-il à s'assoupir qu'on entendait de nouveau dans sa gorge ces bruits singuliers, mélange de ronflement guttural, de sifflement et de reniflement nasal, qui avaient si fort effrayé l'entourage, et l'enfant se réveillait en suffoquant et en criant. Tant qu'on le tenait assis sur le bras ou droit, il respirait encore avec assez de facilité, la bouche ouverte ; mais, dès qu'on le plaçait horizontalement sur le dos, l'accès de suffocation apparaissait et ne prenait fin que quand on le remettait verticalement.

Ce tableau, que j'analyse à dessein très minutieusement, était caractéristique et je déclarai que l'enfant avait un CORYZA AIGU SIMPLE, mais in-

---

tisserands ou aultres de s'entremettre au mestier de barberie *ou cyrugie, à peine de 60 sols dont le quart applicable aux mestres du mestié* (1).

Cet arrangement, croyons-nous, était tout au profit de l'art de guérir, quoi qu'en pensent les fanatiques de la liberté.

***

En vertu d'une ordonnance spéciale, il était enjoint aux apothicaires d'avoir dans leur arrière-boutique une corde grêle en façon de licou « pour « monstrer à tous ceulx qui vouldront achepter drogues venimeuses, comme argent sublimé, réagale « (sic), arsenic et aultres denrées mortifères, leur « remonstrant le péril de mort où ils se mettent et « l'infamie qu'ils peuvent encourir. (1) »

C'était naïf au suprême degré.

Les apothicaires étaient tenus de visiter et consoler leurs patients, tant le jour que la nuit, *en leur donnant esprit, cœur et courage de santé et guérison* (2).

(1) *Ibid.*

(2) *Ordonnance des apothicaires, poudres et espèces* (ibid).

***

Le corps médical se trouvait ainsi formé de trois catégories de praticiens, les apothicaires, les chirurgiens-barbiers et les médecins proprement dits, dont les uns étaient gradués, et les autres, non ; sans compter les irréguliers de la profession, les tailleurs de pierre, les renoueurs de ruptures ou de hernies, les abatteurs de cataractes, les rhabilleurs de luxations ou de cassures, etc., etc., qui étaient tolérés et qui pouvaient se livrer aux opérations *à condition*. En effet, ces spécialistes étaient invités, en vertu de règlements particuliers, à n'opérer qu'en présence de médecins ou de chirurgiens reconnus. Mais, comme cette présence aurait pu gêner l'opérateur ou son client, on s'en passait communément.

Le nombre des individus qui s'adonnaient à la pratique était invraisemblable, comme nous le montrerons dans la suite. Il semblait qu'il allât toujours croissant, et l'état de choses devint si préjudiciable aux médecins établis, qu'ils finirent par s'adresser aux autorités locales pour arrêter cette multiplication inquiétante.

tense, expliquant tous les symptômes observés.

Cette affirmation rencontra d'abord une certaine incrédulité ; je dus, pour convaincre la mère, lui faire remarquer que le cri n'était ni rauque ni étouffé, que la gorge, quoique un peu rouge, n'offrait aucune fausse membrane, et que sur la paroi postérieure du pharynx coulaient des mucosités assez glutineuses et verdâtres qu'on pouvait ramener avec un pinceau et qui venaient certainement de l'orifice postérieur des fosses nasales. Quelques mucosités apparaissaient aussi à l'orifice antérieur, mais en bien moindre quantité ; en écartant les narines avec les têtes de deux épingles à cheveux courbées en crochet, on voyait la muqueuse d'un rouge foncé et turgescente ; il était probable, d'après le palper extérieur du squelette, que cet enfant avait les fosses nasales particulièrement étroites.

Le traitement fut le suivant. Je pris une sonde en caoutchouc rouge de petit calibre communiquant avec une carafe par l'intermédiaire d'un tube de caoutchouc plus long. On mit dans la carafe de l'eau tiède, additionnée de borate de soude. Cette espèce de siphon fut amorcé par succion, puis, la tête de l'enfant étant inclinée fortement au-dessus d'une cuvette, j'introduisis la sonde dans une des fosses nasales. La première tentative fut suivie d'abord du reflux du liquide par la même narine, et quelques gouttes coulèrent dans le pharynx, provoquant un accès de toux et des éternuements assez violents qui chassèrent quelques mucosités. Puis une nouvelle tentative d'irrigation fut faite, et cette fois le liquide, franchissant la fosse nasale opposée, chassa devant lui un vrai paquet de mucosités glutineuses et verdâtres.

Cette irrigation, prolongée encore un peu, fut suivie d'une accalmie notable, et l'enfant, à qui on présenta le sein, put téter pendant quelques minutes, en s'interrompant de temps en temps ; enfin il s'endormit.

Je recommandai d'envelopper les extrémités inférieures dans l'ouate et le taffetas gommé, avec boule d'eau chaude aux pieds. Je fis coucher l'enfant sur un plan assez incliné, la tête élevée pour que les mucosités nasales eussent moins de tendance à couler dans le pharynx, et je conseillai de recommencer les irrigations, lorsque l'enchifrènement, redevenu plus accentué, ramènerait quelques accès de suffocation.

Lorsque je revins le lendemain, la situation s'améliorait. Il fallut encore faire quelques irrigations ; mais, au bout de 36 heures, le catarrhe commençait à diminuer, et tout rentrait dans l'ordre.

L'idée du *croup*, qui avait jeté l'alarme dans cette famille, n'a rien d'extraordinaire ; elle peut venir au premier abord au médecin lui-même : Henoch, professeur de pédiatrie à Berlin, déclare expressément avoir vu, dans certains cas très aigus, la dyspnée résultant de l'obstruction nasale atteindre un degré tel, qu'on pouvait confondre l'affection avec le croup. Pour ma part, dès que je vis l'enfant dont je viens de tracer l'histoire, je me rappelai précisément l'observation suivante, que j'avais lue dans le Traité des maladies des enfants du médecin allemand.

« En mars 1861, dit-il, je fus appelé auprès d'un enfant de sept semaines qui, depuis environ une heure et demie, présentait de violents accès de suffocation. D'après le dire des parents épouvantés, l'enfant était encore tout à fait bien portant quelques heures auparavant ; il était sorti par un fort vent d'est et l'accès avait débuté presque immédiatement après sa rentrée, sans cause, notamment sans avoir pris le sein. La violence de l'accès s'étant dissipée à mon arrivée, je crus avoir affaire à un spasme de la glotte, et, pour m'en rendre compte, je fis mettre l'enfant au sein. Il se produisit aussitôt un nouvel et violent accès, *presque aussi intense que dans le croup*. Le visage cyanosé exprimant la plus vive angoisse, la bouche inerte et tous

---

Les chirurgiens de Dôle (1) obtinrent en 1630 seulement d'être érigés en maîtrise, comme l'étaient depuis longtemps ceux de Besançon, de Lyon, de Dijon et de Paris. Et c'est en 1649 seulement qu'un édit du parlement fut rendu pour régulariser en ce sens la pratique de chirurgie et de pharmacie dans toute la Franche-Comté.

C'était moins mal qu'auparavant. Toutefois, le recrutement des membres de la corporation, je devrais dire des multiples corporations qui avaient été établies sur différents points, s'opérait ici et là d'une manière très variable ; la capacité des maîtres, leur savoir, leur valeur personnelle étaient des choses tout à fait relatives. Il est clair que ceux qui s'étaient fait recevoir à Quingey, par exemple, ou à St-Amour n'offraient pas autant de garanties scientifiques que ceux qui avaient étudié sous des maîtres à Dôle et à Besançon.

C'était encore un des inconvénients de cette liberté de recrutement laissée à l'arbitraire de chaque petit corps d'état. Aussi chaque ville un peu avisée refusait-elle d'admettre à l'exercice les praticiens qui venaient du dehors, sans qu'au préférable ils eussent été examinés.

En fait, d'une liberté absolue laissée dans le principe à l'exercice de la médecine, on est arrivé peu à peu à reconnaître les inconvénients qu'il y avait à vivre isolés les uns des autres entre gens de même état, et à sentir, au contraire, les avantages qu'il y aurait à se rapprocher, à se toucher les coudes, à s'unir. Puis on a formé par-ci par là dans quelques grands centres des noyaux confraternels qui sont devenus nécessairement, par une sorte de convention tacite d'abord, par l'usage ensuite, de véritables corps professionnels. Les petits corps d'état ont fini par obtenir des lettres patentes qui les ont constitués en leur donnant une existence légale.

Voilà la vérité historique : la liberté engendre la licence ; la licence rend nécessaire la réglementation.

C'est donc une affaire jugée et un jugement aussi longuement motivé est la condamnation définitive d'une liberté professionnelle sans frein.

Mais n'anticipons pas.

(A suivre.) Dr PERRON.

(1) Dôle était la capitale du Comté de Bourgogne ; Besançon était ville impériale enclavée dans la province, ayant son gouvernement particulier.

les muscles inspiratcurs agissant énergiquement, l'enfant cherchait péniblement à aspirer l'air qui produisait chaque fois un sifflement. Celui-ci n'avait pas le timbre qu'il a dans le spasme de la glotte, mais venait évidemment du nez. La gorge était complètement libre. Après quelques minutes, apaisement complet suivi bientôt de sommeil, pendant lequel l'inspiration et l'expiration s'accompagnaient de reniflement. La partie inférieure du nez était quelque peu gonflée. Je fis nourrir l'enfant à la cuiller pendant les douze heures qui suivirent, je fis faire assidûment des embrocations d'huile chaude sur le nez et prescrivis 0,015 de calomel toutes les deux heures ; le lendemain il s'était établi un écoulement muco-purulent, qui disparut en quelques jours. »

La seule différence entre le cas d'Henoch et celui que j'ai vu, c'est que, d'après le clinicien allemand, il semblerait que le développement brusque du gonflement de la muqueuse, qui précède la période de sécrétion, puisse seul produire l'état dyspnéique dont il a donné la description, tandis que, suivant moi, une abondante hypersécrétion muco-purulente peut aussi amener ce résultat.

Au point de vue pratique, cette distinction n'est pas sans portée ; car le moyen que j'ai employé avec succès, l'irrigation, la douche nasale, qui a été efficace en balayant les mucosités visqueuses, n'aurait certainement pas amené le même soulagement, s'il y avait eu seulement oblitération des fosses nasales par la turgescence de la muqueuse sèche.

Dans le cas où la dyspnée serait réalisée par cette dernière cause, je me suis demandé si on ne pourrait pas songer à utiliser le pouvoir vaso-constricteur si énergique de la cocaïne, qui, en solution concentrée, dans des cas de coryza de l'adulte, amène en quelques minutes un retrait de la muqueuse turgide et rend les narines perméables à l'air. Malheureusement il faudrait, nous l'avons dit, employer une solution concentrée de cocaïne et nous savons que l'absorption d'une certaine quantité de l'alcaloïde pourrait n'être pas sans danger pour de si jeunes enfants.

M. Bouchut pense qu'on pourrait, comme il le fit, essayer d'introduire dans chaque narine un petit tube d'argent de 3 millim. de diamètre, long de 5 centim. et légèrement recourbé à son extrémité gutturale pour le fixer sous le nez avec le tube de la narine du côté opposé. M. Philipoteaux plus simplement s'est servi avec succès d'une sonde n° 7 de la filière ordinaire. MM. Barthez et Sanné conseillent aussi d'introduire au besoin, au moins pendant que l'enfant tette, deux petits bouts de sonde en gomme élastique qui permettent à l'air de passer.

Mais on n'admettra certainement jamais l'éventualité extraordinaire dont parlait Valleix, celle d'une trachéotomie (!) pour empêcher l'enfant d'être asphyxié par un coryza (! !)

M. Bouchut signale la possibilité, chez certains enfants atteints de coryza, d'une complication susceptible de produire l'asphyxie, et qu'il a vue plusieurs fois, « c'est *l'aspiration et le retrait de la langue en arrière* chez les nouveau-nés.

L'air pénètre incomplètement par les narines et passe surtout par la bouche restée béante à cet effet; il entraîne la lèvre inférieure en arrière comme une soupape, il fait de même pour la langue qui se redresse et applique sa face inférieure sur le voile du palais, de façon à obstruer la cavité buccale. Plus les enfants sont affaiblis et plus le phénomène est apparent. Il en résulte un obstacle à l'hématose, qui s'ajoute aux effets produits par la difficulté de la succion des mamelles. Sous l'influence de ces causes de dépérissement, les enfants maigrissent, deviennent pâles, blêmes, froids, perdent le pouls et ne tardent pas à succomber. »

Honsell et Küssmaul admettent aussi cette aspiration de la langue, qui fut telle, dans un cas rapporté par ce dernier, chez un enfant de six mois, qu'on dut le nourrir pendant toute la semaine à l'aide de la sonde œsophagienne.

Comme complication exceptionelle, je mentionnerai des *convulsions choréiformes*, observées par M. Coriveaud chez un nourrisson d'un mois atteint de coryza et que notre distingué confrère considère comme un exemple d'action réflexe d'origine nasale (1).

Dans les cas de coryza très aigu, Henoch conseille de donner du calomel à la dose de 0,01 centigr. à 0,015 milligr. toutes les deux heures, même si la syphilis n'est pas en cause. J'ai insufflé plusieurs fois avec quelque utilité dans les fosses nasales une poudre ainsi composée :

Acide borique pulvérisé, }
Résorcine, } ãã 1 partie.
Sucre en poudre, }

On doit se préoccuper surtout de l'alimentation de l'enfant.

Si on ne réussit pas à lui faire reprendre le sein, malgré l'emploi des moyens indiqués plus haut pour rétablir la perméabilité nasale, il faut lui verser tout doucement dans la bouche, à la cuiller, du lait extrait de la mamelle ou du lait de vache, jusqu'à ce qu'il puisse recommencer à téter.

J'ajoute qu'il importe, en vue d'éviter le coryza aux nouveau-nés, de recommander aux mères de ne pas les sortir prématurément dans la saison pluvieuse et de ne pas provoquer le rhume par un lavage de la tête maladroitement fait. Ne pas oublier que les fils d'arthritiques ont une prédisposition notoire aux fluxions catarrhales aiguës des muqueuses, notamment de la pituitaire.

II

On peut constater chez certains enfants, quelques heures après la naissance, un CORYZA PURULENT d'emblée, qui, comme l'ophthalmie purulente, paraît dû quelquefois à la contagion directe, la mère ayant une blennorrhagie et l'enfant s'étant inoculé au passage vagino-vulvaire ; c'est vraiment un *coryza blennorrhagique*.

D'autres fois, ce coryza est moins grave et, s'il est dû aussi à l'introduction dans les narines de sécrétions vaginales, il semble qu'il soit simplement

(1) *Concours médical*, 1887, 224.

catarrhal, et non spécifique, puisqu'il est susceptible de guérir seul assez rapidement. Néanmoins il est urgent, dans tous les cas, de le soigner immédiatement.

La résorcine en solution à 1 0/0 est un très bon antiseptique à employer dans ce cas. N'ayant pas eu l'occasion de faire les grandes irrigations nasales avec le siphon dans les premiers jours de la vie, je ne sais si elles seraient sans inconvénient à ce moment. On pourrait procéder autrement et prendre la précaution suivante : fermer les orifices postérieurs des fosses nasales, en introduisant, à l'aide d'un porte-tampon courbe, en arrière du voile du palais, un petit tampon d'ouate ; puis l'occlusion faite, laver chaque fosse nasale successivement.

La prophylaxie de ces coryzas *par infection maternelle* réside dans l'emploi rigoureux de l'antisepsie des voies génitales avant et pendant l'accouchement ; dans un cas suspect, il serait peut-être bon d'absterger avec soin l'entrée des fosses nasales dès la naissance avec une boulette de coton hydrophile imbibée d'une solution antiseptique, eau boriquée ou liqueur de Van Swieten dédoublée.

Le coryza aigu peut N'ÊTRE PAS PRIMITIF ou ne pas signaler seulement le début d'un pur et simple catarrhe des voies aériennes. Il se rattache alors à l'invasion ou à l'évolution d'une *maladie infectieuse aiguë (grippe, rougeole* surtout, et *diphthérie*). Les deux premières variétés de coryza, si elles étaient assez intenses pour produire les phénomènes de suffocation dont nous avons parlé, ne réclameraient pas une autre intervention que le coryza primitif.

Quant au coryza pseudo-membraneux, qui évolue en même temps que l'angine couenneuse, il requiert plus que tout autre des irrigations nasales énergiquement antiseptiques.

Peut-être n'est-il pas inutile de rappeler que l'on peut être consulté pour un enfant auquel un confrère aurait donné antérieurement de l'iodure de potassium ou même du bromure, quelquefois impur par mélange d'une petite quantité d'iodure ; on peut constater alors de l'enchifrènement et du catarrhe nasal, avec catarrhe conjonctival ; il ne faudrait pas méconnaître cet *iodisme nasal*, qui cesse par la suppression du médicament. Ce n'est pas dans notre profession qu'on a le droit de s'excuser par le dicton : « On ne saurait penser à tout. »

III

Pour peu qu'un coryza soit de quelque durée chez l'enfant, tout médecin instruit songe à la possibilité d'un CORYZA SYPHILITIQUE.

Toutefois, à propos du coryza syphilitique, il y a un double écueil à éviter ; s'il importe de ne pas le méconnaître, il ne faut pas trop se hâter non plus d'en voir un là où il n'y a qu'un coryza simple ou purulent, mais non spécifique, d'une durée inusitée, même s'il est *unilatéral*.

Henoch a vu un enfant de 8 semaines, nullement suspect de syphilis, souffrant depuis quinze jours d'un flux séreux jaunâtre s'écoulant de la fosse nasale droite, tandis que la gauche était absolument indemne. Une pression latérale exercée sur la moitié droite du nez activait l'écoulement. Il y avait une respiration reniflante et une dyspnée qui obligeait l'enfant à lâcher souvent le sein. Des badigeonnages de la fosse nasale droite avec une solution de nitrate d'argent amenèrent la guérison en quinze jours.

Je possède quelques observations de coryzas purulents ayant duré plusieurs semaines chez des enfants à fosses nasales sans doute mal conformées, coryzas qui se prolongeaient en partie par l'insuffisance du traitement local, puisqu'ils cédèrent à des irrigations antiseptiques.

Quant au coryza syphilitique authentique, outre la valeur qu'il a au point de vue du diagnostic de l'infection générale, on considère habituellement que son principal inconvénient consiste dans la destruction possible du squelette nasal et la difformité qui peut en résulter même après la guérison de l'enfant. Pourtant il n'est pas exempt des complications propres au coryza simple. J'ai vu un cas récent dans lequel un coryza syphilitique probablement par suite d'une poussée aiguë surajoutée sous l'influence du froid, avait donné lieu à une recrudescence de sécrétion muqueuse et purulente telle que je fus appelé en hâte surtout à cause des phénomènes de suffocation semblables à ceux que j'ai décrits dans les deux premières observations.

Je pensai, en effet, tout d'abord au coryza simple, mais déjà l'aspect général de l'enfant me mit en défiance : figure vieillotte, ridée, teint plombé. On me dit que l'écoulement nasal avait débuté quelques semaines après la naissance et se perpétuait avec des alternatives d'amélioration et de récidive.

L'écoulement était à certains moments *sanguinolent* et quelquefois des *croûtes brunâtres* se détachaient de l'intérieur du nez ; l'entrée des fosses nasales était le siège de *fissures* sanguinolentes. Le squelette du nez paraissait assez écrasé à sa racine. Sur le cou une ou deux papules cuivrées ; quelques autres taches couleur jambon fumé sur la paume des mains, des ganglions un peu tuméfiés, durs et indolents à la région sous-occipitale, aux régions inguinales. Tout cela sentait la syphilis, et d'ailleurs le père de l'enfant ne fit pas difficulté pour m'apprendre qu'il avait eu la syphilis quelques années auparavant, qu'il avait suivi un traitement assez énergique au début, mais certainement pas assez prolongé.

Je conseillai un *traitement à la fois général* et *local*.

Sans négliger, bien entendu, de prescrire à l'intérieur la liqueur de Van Swieten, qui fut portée progressivement de 10 à 40 gouttes par jour en prises espacées dans du lait, je fis faire d'abondantes injections nasales d'abord avec l'eau boriquée chaude, pour rétablir la perméabilité en balayant la suppuration, puis avec la liqueur de Van Swieten dédoublée, en terminant chaque pansement par une application de pommade au calomel, avec un pinceau, sur les parties de la muqueuse où l'on voyait des excoriations. L'amélioration a été très rapide.

Je crois que le traitement général administré seul amène beaucoup plus lentement la guérison.

PAUL LE GENDRE.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Les médecins légistes devant la Chambre des députés.

Il a été beaucoup question, le 3 juillet, à la chambre, dans l'interpellation Flourens, des médecins légistes de Carcassonne.

M. Waldeck-Rousseau a traité leurs certificats, donnés sur réquisitoire du ministère public, de telle sorte et il a trouvé si naturel qu'un substitut ne tint nul compte de leurs conclusions, que notre honorable confrère M. Chevandier a cru devoir intervenir, à la fin du débat. Nous reproduisons le texte officiel de sa protestation.

« Je demande, à la Chambre, la permission de lui exposer en très peu de mots, les motifs qui m'obligent à monter à cette tribune. Je ne suis pas ici pour défendre les intérêts professionnels ; non, ma visée est plus haute.

Messieurs, il y a un instrument de justice qui ne doit être méprisé nulle part et qui doit être défendu surtout à cette tribune. Cet instrument de justice, c'est la médecine légale (*Rires à droite*).

Les rires des membres de la droite m'obligent à faire observer qu'ils ne se rendent pas un compte bien exact du devoir du médecin appelé à témoigner devant la justice.

Quand un médecin est commis par elle pour rédiger un certificat qui l'éclaire, soyez convaincus que ce certificat n'est jamais un acte de complaisance (*Bruit*).

Je dis qu'il n'est pas possible, dans une assemblée dans laquelle le corps médical a l'honneur d'être représenté par plus de cinquante de ses membres, de ne pas défendre l'honneur du corps médical engagé, dont j'ai plus de soin que l'honorable collègue qui est monté tout à l'heure à la tribune.

Je dis que toute complaisance en pareille matière est criminelle et que jamais la complaisance ne peut descendre jusque là.

Je dis qu'un substitut, alors qu'il a commis des médecins pour examiner un malade, se rend coupable d'un acte des plus répréhensibles, s'il ne se conforme pas aux conclusions qu'il a sollicitées (*très bien, à gauche*) et si, de sa personne, il se rend chez les médecins, pour les interroger individuellement sur le sérieux de leurs conclusions, j'estime qu'il a aggravé son injustice d'un outrage et que le ministre a deux raisons pour une de le frapper d'une mesure disciplinaire sévère.

J'ajoute, en terminant, que si M. le garde des sceaux, se montrait tolérant à l'égard d'actes pareils, il porterait, par cela seul, une grave atteinte à l'honneur du corps médical tout entier, à la justice elle-même, en ne protégeant pas la seule force nécessaire au médecin-expert : sa science, doublée de sa conscience.

Je proteste donc de la façon la plus énergique contre la doctrine facile, accommodante et dangereuse de l'honorable M. Waldeck-Rousseau. (*Rires au centre, applaudissements sur divers bancs, à gauche.*)

(*Journal officiel.*)

Médecin consultant et médecin traitant : leurs caractères distinctifs, leurs honoraires.

Il faut ranger parmi les médecins consultants, *quel que soit le nombre de ses consultations, celui qui ne donne pas ordinairement ses soins à la personne malade et en traitement, mais qui est appelé auprès d'elle dans un cas difficile ou présentant un danger imminent.*

A ce sujet, le 7 décembre 1887, le Tribunal civil de Bruxelles a rendu le jugement suivant :

« Attendu que l'action du demandeur tend au payement de 620 francs pour 31 consultations médicales, à 20 francs l'une, du 2 mars au 6 mai 1881 ;

» Attendu que la défenderesse ne conteste pas que le demandeur soit venu donner 31 fois des soins à feu son mari, mais soutient que la somme réclamée est exagérée parce qu'il ne s'agit pas, dans l'espèce, de 31 consultations, mais bien d'une seule consultation avec les Drs L. et R. et de 30 visites simples, le demandeur soignant le malade au même titre que le médecin traitant ;

» Attendu que, pour appuyer ses prétentions, la défenderesse définit la consultation médicale « une conférence à laquelle le médecin traitant convie un ou plusieurs praticiens en renom afin de déterminer la nature de la maladie et s'assurer si la médication suivie est bonne :

» Attendu que cette définition est trop limitative, puisqu'il peut y avoir consultation médicale sans qu'il y ait conférence, que le médecin traitant soit présent et que le médecin consulté soit un praticien renommé ;

» Attendu qu'il faut ranger parmi les médecins consultants celui qui ne donne pas ordinairement ses soins à la personne malade et en traitement, mais est appelé auprès d'elle dans un cas difficile ou présentant un danger imminent ;

» Attendu que le médecin consultant qui va voir le malade plusieurs fois par semaine, pendant deux mois, avec le médecin traitant, ne perd pas par cela même sa qualité de médecin consultant ; le nombre de consultations, en effet, ne saurait transformer en médecin traitant le médecin appelé en consultation ;

» Attendu, d'ailleurs, que la défenderesse ne saurait sérieusement contester au demandeur sa qualité de médecin consultant, puisqu'elle reconnaît que son médecin ordinaire, le Dr L... fait également figurer le prix de 31 consultations sur son état d'honoraires ; et que, de plus, elle offre en conclusions au demandeur non seulement une somme de 20 francs pour la consultation avec les Drs. R. et L., mais encore 5 francs pour chacune de ses visites, quoiqu'elle sache que le demandeur réclame seulement 3 francs par visite à tous ses clients ;

» Attendu que l'offre actuelle de 5 francs par consultation est évidemment inacceptable, alors surtout que dès le 3 novembre 1884, la défenderesse elle-même faisait offrir 10 francs par consultation au demandeur, qui les refusa ;

» Attendu, cependant, qu'il n'y a lieu d'allouer au demandeur que cette dernière somme qui est suffisante, si l'on tient compte, d'une part, de la fortune et de la position sociale de la défenderesse et si l'on considère, d'autre part, que le sieur L. se borne à réclamer 10 francs pour chacune de ses 31 consultations :

» Pour ces motifs, le tribunal, statuant en dernier ressort et écartant toutes conclusions plus amples

ou contraires tant principales que subsidiaires, condamne la défenderesse à payer au demandeur la somme de 310 francs ; la condamne, en outre, aux intérêts judiciaires et aux dépens. » (*Archives de méd. et de chir. pratiques*. Bruxelles.)

Le considérant est erroné ; à notre avis, la situation et en conséquence la rémunération du consultant et celle du médecin ordinaire ne sont pas égales et le premier a droit à une rémunération plus élevée que le second.

TRAVAUX ORIGINAUX

Trois cas complexes de gynécologie.

La femme, c'est l'utérus ; quand ce n'est pas l'utérus, ce sont ses annexes qui jouent le principal rôle dans son histoire. Comme on va le voir, les trois observations que je me propose de soumettre à mes confrères du Concours ne sortent pas de la loi et ont trait tous les trois à des affections des annexes de l'utérus.

I

La première malade m'a donné du fil à retordre, au point de vue du diagnostic. Le premier confrère, appelé en mon absence auprès d'elle, a fait le traitement des symptômes (coliques), potion calmante, lavements laudanisés. La malade n'allant pas mieux, je me rends auprès d'elle, quatre jours après l'invasion des accidents. C'est une femme de quarante ans, grêle, à tempérament lymphatique, assez mal réglée. L'époque cataméniale fait défaut depuis deux mois. Il y a de la fièvre, quelques vomissements bilieux, du ballonnement et de la sensibilité abdominale à la pression, bref des accidents péritonitiques. Au toucher, l'utérus est développé et fait certainement saillie au-dessus de la ceinture osseuse du bassin, avec inflexion du côté droit. On sent toute une masse comprise entre la main vaginale et la main abdominale. Le col de l'utérus est élevé, mais n'est point refoulé sur le pubis. Il n'est ni mou, ni entr'ouvert. Du reste, aucun phénomène de grossesse. Ce qu'il y a de plus clair dans ce tableau, c'est la péritonite, et un utérus non gravide immergé dans une masse additionnelle. De quelle nature est cette masse ? Son mode d'évolution nous paraît seul pouvoir élucider le diagnostic. Est-ce un phlegmon peri-utérin ? Son grand volume (elle remonte du côté droit à quatre travers de doigt au-dessus de l'arcade crurale), sa sensibilité peu accusée à la pression, nous font éliminer cette hypothèse. Est-ce un abcès du ligament large, la tumeur est dure, sans fluctuation. Est-ce une hématocèle ? Il y a suppression des règles depuis deux mois, aucun phénomène hémorrhagique ne s'est produit. Le col est dans l'axe du bassin, la tumeur n'est point fluctuante et la femme, pâle habituellement, ne semble pas l'être beaucoup plus. C'est cependant par exclusion à ce diagnostic que nous nous rangeons d'abord pour l'abandonner au bout de quelques jours en raison de la singulière évolution de cette tumeur dont la marche devait dérouter toutes nos conjectures. Est-ce enfin une grossesse extra-utérine avec son accompagnement péritonéal ?.. Nous verrons. J'enraye la péritonite, sans m'occuper davantage d'histoire naturelle, je tonifie la malade et j'assiste après trois semaines d'observation à un développement continu et ascensionnel de la tumeur dans le flanc droit jusqu'à la hauteur de l'ombilic. De solide, elle est passée à l'état liquide, sans fièvre ; elle est insensible à la pression. Que devient mon hématocèle, comme diagnostic, dans de pareilles conditions ? Aussi, sans sourciller, je la jette à l'eau. La difficulté est telle que mon excellent et très instruit collègue, le Dr Duplouy, appelé à donner dans la bagarre, tranche péniblement le nœud gordien, et arrive à diagnostiquer un kyste séreux péritonéal, d'origine inflammatoire. Si ce n'était pas vrai, c'était bien trouvé, comme disent nos amis les Italiens, on ne saurait nier le côté ingénieux de l'hypothèse, en même temps que son approximation vraiment scientifique. Nous devions n'avoir raison ni l'un ni l'autre. Un mois après, en dehors de toutes les lois autorisées du diagnostic, à notre barbe, une rupture se faisait à travers le vagin, et donnait issue à une grande quantité d'un liquide noir et poisseux caractéristique d'une hématocèle en rupture de ban.

II

La deuxième observation est moins complexe et présente cependant un certain intérêt. J'ai failli être pris à une apparence et c'est pour éviter à des confrères plus jeunes de s'y faire mordre, que je publie un fait qui, avec moins de pratique, pouvait tourner à ma confusion. Je suis appelé à B... auprès d'une femme de trente ans, maigre, étiolée, à teint cachectique, malade depuis trois mois environ, et atteinte d'un écoulement purulent vaginal datant déjà de quinze jours au moins. Je ne sais si elle a reçu les soins de quelque confrère. Dans tous les cas, je l'ai ignoré. Le spéculum introduit me révèle un point du vagin d'où sourd constamment, mais discrètement, le liquide purulent dont j'ai parlé. Nous avons là évidemment l'abcès périhystérique de Trousseau en train de libérer le péritoine. En palpant l'abdomen, je trouve sous la main une tumeur, considérable, très tendue, fluctuante comme un kyste de l'ovaire. Cette tumeur est déviée à gauche, mais sa propulsion n'entraîne point l'utérus.

La malade urine ses 1300 gr. par jour, d'une urine absolument limpide. En dépit de cette apparence fallacieuse, je prends dans ma trousse la sonde de femme usuelle, droite, à bec terminal brièvement recourbé, et je l'enfonce jusqu'à l'œil dans l'urèthre sans obtenir une goutte de liquide. Décidément cette tumeur n'est pas la vessie et, cependant, le résultat d'un peu de pratique me fait reconnaître dans cette élasticité tumorale ce je ne sais quoi qui fait persévérer dans une conviction. Je reviens donc à la charge, cette fois avec la sonde courbe, et c'est avec la plus grande satisfaction et au plus grand étonnement de l'assistance que je donne issue sans exagération à trois litres d'une urine limpide qui faisait de la malade une hydropique de la plus belle eau. D'où résulte une nouvelle application saisissante de cet aphorisme bien connu que *la plus belle sonde de femme est et sera toujours une sonde d'homme*.

III

Ici comme dans beaucoup de cas délicats j'ai été précédé. Si j'en parle, c'est qu'il serait difficile au lecteur de comprendre que je me suis trouvé tout à coup en présence d'une femme abominablement infiltrée, munie d'une phlegmatia alba dolens très étendue du membre gauche, d'une fièvre très respectable le soir (40 degrés et demi) et d'un facies tellement jaune qu'on aurait pu facilement prendre la malade pour une indigène du Japon. Elle est épuisée et diarrhéique, le dos est occupé par des bourre-

lets œdémateux, le ventre énormément tuméfié (météorisme septique). Je ne parlerai pas du diagnostic qui a été fait.

Je vais uniquement exposer le mal au moment où je suis appelé, c'est-à-dire un mois après le début de l'affection. Voici la géographie abdominale de la malade: Femme de 42 ans, toujours bien réglée et antérieurement bien portante. Le ventre est considérablement tuméfié. Le côté droit est occupé par une tumeur dure, un peu mobile, du volume du poing environ. Le côté gauche est habité par une autre tumeur d'une consistance molle, fluctuante, bien plus volumineuse que la première, sensible à la pression, et remontant jusqu'à l'ombilic. La vessie, vidée par le cathétérisme, la laisse subsister. Le doigt introduit dans le vagin cherche en vain l'utérus et atteint à peine le plancher de la tumeur. En repliant le doigt en crochet, je finis pourtant par atteindre le col utérin derrière le pubis où il demeure abominablement aplati. Des mouvements imprimés à la tumeur droite de l'abdomen sont perçus sur le col. Toutes ces données associées, rapprochées de l'état septique, me donnaient immédiatement la clef du diagnostic. La tumeur droite, c'est évidemment l'utérus compliqué d'un corps fibreux; la malade, en effet, est sujette depuis plus de dix ans à des métrorrhagies répétées. La tumeur gauche ne peut être autre chose qu'une hématocèle en voie de suppuration. Les phénomènes de résorption, l'apparition d'accidents péritonéaux, au moment des règles, une pâleur subite simultanée, la propulsion de l'utérus en haut et l'aplatissement du col sur la symphyse pubienne ne laissaient pas l'ombre du doute dans mon esprit. Mais comme la malade occupait une situation inquiétante, que c'était une suite d'affaire, et qu'à l'occasion il n'est pas défendu de s'adjoindre un confrère pour lui faire porter le poids d'une responsabilité dont on pourrait rester seul injustement chargé, je me fais adjoindre le confrère D....., décidé à faire la ponction intra-péritonéale par le vagin, bien que la poche s'élevât à une hauteur peu accessible. Sur les instances de mon collègue, arguant pour s'y déterminer du facile accès du kyste sanguin par cette voie, la ponction fut faite à travers les parois abdominales, dans le flanc gauche. Je suis persuadé que, si mon honorable confrère avait pu prévoir ce que la marche envahissante de la tumeur nous destinait, il n'eût pas hésité à frayer par le vagin même une voie large et descendante à la collection. On compte sur Grouchy et c'est Blucher qui débouche avec *ses Prussiens*. Cette manœuvre savante devait se réaliser dans la poche. Quatre jours après la ponction, l'intestin s'ouvrait dans le kyste et envoyait ses produits dans le tuyau à drainage désormais insuffisant pour ce double emploi. Que faire dans cette conjoncture? La malade continuant à s'infecter, agrandir l'ouverture par une laparotomie ! c'est-à-dire joindre une véritable opération à une minuscule, la ponction. Perforer par le vagin et passer un drain à l'aide d'un trocart courbe partant de l'orifice abdominal et revenant en ellipse par le vagin. J'y ai songé. Ne valait-il pas mieux dilater tout simplement le trajet à l'aide d'une tige de laminaria et par l'ouverture agrandie passer des tubes en caoutchouc rouge adossés et faire ainsi l'irrigation continue à double courant. C'est à ce dernier parti que je me suis rallié. L'appareil fonctionne bien; de temps en temps, toutes les deux heures environ, je suis forcé de faire pratiquer dans le tube des irrigations supplémentaires à l'aide d'une seringue pour obtenir le départ absolu de toutes les matières durcies qui séjournent dans le fond de la poche. Le courant d'eau continu n'ayant pas la projection suffisante pour entraîner tous les détritus, je me sers d'eau bouillie additionnée de sulfate de fer à 1 %.

L'amélioration se dessine, la fièvre nulle le matin ne franchit pas 38 degrés le soir, l'appétit fait complètement défaut. Nous pratiquons autant que possible l'alimentation forcée, et nous espérons, sans en être sûr, que grâce à l'irrigation continue antiseptique, nous arriverons à dominer les accidents.

Nous nous proposons cependant, toutes les fois que nous serons en présence d'un cas semblable, d'ouvrir la poche hématique d'emblée par le vagin et d'y abandonner à demeure un gros tube en caoutchouc durci. C'est la conduite observée généralement par les chirurgiens, et, bien que le cas pathologique que nous exposons paraisse marcher dans une bonne direction, grâce au double courant ferrugineux et sulfaté dont nous avons eu l'idée de faire traverser la poche, nous croyons que dans l'espèce et malgré l'élévation de la poche, les errements anciens sont encore les meilleurs.

Dr G. Reignier (de Surgères),
Membre correspondant de la Société de Médecine pratique de Paris.

BULLETIN DES SYNDICATS

ET DE

L'UNION DES SYNDICATS

Directeur : Dr BARAT-DULAURIER

Association professionnelle des Médecins de Rouen.

Extrait du procès-verbal de la séance du 21 avril 1888.

Présidence de M. Douvre, président.

La séance est ouverte à huit heures quarante.

Membres présents : MM. Douvre, Delabost, Debout, Gauran, Hélot, Pris, Aupinel, Caliez, Tourneux, De Welling, Jude Hue, Caron, Cauchois, Fauvel.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Le Dr Delabost exprime en quelques mots ses remerciements aux Membres de la Société pour l'honneur qu'ils lui ont fait en l'appelant à la vice-présidence.

Il est procédé ensuite au scrutin pour l'élection du Dr Fauvel, qui, ayant obtenu la majorité des suffrages, est admis comme Membre de l'Association.

En prenant les fonctions de trésorier, M. Debout expose l'état des finances de la Société. Son rapport est approuvé à l'unanimité.

Le Président donne ensuite communication d'une lettre du Syndicat des pharmaciens de Rouen, demandant l'appui moral de l'Association des médecins, dans un procès qu'ils intentent à la Commission administrative du bureau de bienfaisance à cause de la distribution des médicaments dans les dispensaires.

Après une discussion approfondie, on vote l'ordre du jour suivant :

« L'Association professionnelle des médecins de Rouen, ne croyant pas avoir à intervenir dans le

débat du Syndicat des pharmaciens avec la Commission administrative du bureau de bienfaisance, regrette de ne pouvoir donner l'appui qui lui est demandé. »

Notification de cette décision sera faite au Syndicat des pharmaciens de Rouen.

Lettre de M. Giraud, demandant à faire partie de l'Association.

M. Carliez propose ensuite l'ordre du jour suivant, qui est voté à l'unanimité :

L'Association professionnelle des médecins de Rouen vote des remerciements à son nouveau président, M. Douvre, pour l'initiative qu'il a prise dans l'intérêt du corps médical, dans le but d'obtenir que les honoraires des médecins soient prescrits par cinq ans. Cette proposition, adoptée par la Commission de la Chambre des députés et le Gouvernement, fait l'objet de l'article 14 de la nouvelle loi sur l'exercice de la médecine, dont le rapport est inséré dans le *Journal officiel* du 15 avril 1888.

L'heure étant trop avancée, la discussion sur les rapports des médecins avec les Compagnies d'assurance est remise à la prochaine séance.

Le Secrétaire,
Dr DEBOUT.

Syndicat Médical de l'arrondissement de Pontoise.

Procès-Verbal de la réunion du 19 avril 1888.

La séance est ouverte à 5 heures 1/2, sous la présidence du Dr Leroy. Présents : Dr Bibard, vice-président, Dr Rousseau, secrétaire, Dr Hourlier, Dr Michaud, Dr Galvani ; Dr Broquet, Dr Millet, Dr Paret, Dr Legendre.

La lecture du procès-verbal de la dernière séance donne lieu à quelques observations et rectifications.

Le secrétaire est chargé d'écrire au Dr Vatremez, démissionnaire, pour le prier de rester membre honoraire, et lui annoncer qu'il sera toujours le bienvenu aux réunions syndicales, bien qu'il ne soit plus membre actif.

Le secrétaire donne lecture d'une lettre du Dr Reculez, qui fait plusieurs rectifications au procès-verbal :

1° Le Dr Reculez n'est pas porté présent ; il déclare avoir assisté à la séance et au banquet : Rectifié.

2° Le Dr Margery, porté présent, n'a pas assisté à la séance de janvier : rectifié.

3° Relativement à l'interprétation de l'article 14 des statuts, le Dr Reculez déclare que le procès-verbal ne rend pas ce qu'il a entendu, et qu'il a été décidé « qu'on devait assister à la séance de janvier, mais ne pas payer d'amende en cas d'absence ».

Sur ce point l'assemblée déclare que le procès-verbal est exact ; il est compris qu'il suffira de faire acte de présence à la séance ou au banquet.

A propos de la réclamation adressée par les médecins de Pontoise au conseil municipal de cette ville, et appuyée par le syndicat, le Dr Bibard annonce à la réunion que satisfaction a été obtenue, tout au moins en partie.

L'ordre du jour appelle la discussion sur les *rapports des médecins avec les compagnies d'assurances.* Le secrétaire rappelle qu'il a été envoyé à chaque médecin syndiqué un questionnaire à remplir. Mais le nombre des réponses envoyées n'est pas encore assez grand pour permettre de faire un rapport d'ensemble sur la question.

Sur la proposition du secrétaire, il est décidé que les confrères retardataires seront pressés d'envoyer leur réponse, et que les médecins syndiqués n'ayant encore aucun contrat avec les compagnies d'assurances seront priés de ne se lier par aucun engagement avant que le syndicat n'ait adopté une solution générale de la question.

L'ordre du jour appelle la délibération sur la réunion de l'Union des Syndicats de Seine-et-Oise.

Le Dr Hourlier demande que tous les médecins syndiqués soient convoqués à cette réunion, puisque, d'après les statuts, tous ont le droit d'y assister. Adopté.

Il sera proposé à l'Union de Seine-et-Oise l'échange des procès-verbaux de chaque Syndicat. Les secrétaires seraient chargés de les envoyer chacun dans son arrondissement.

Le bureau a mandat également de soumettre à l'Union la question d'un nouveau modèle pour les livrets de nourrice, modèle proposé par le Dr Galvani.

Relativement à la question de l'Union des Syndicats de France, et du Bulletin de l'Union, que quelques confrères s'étaient plaints de ne pas recevoir régulièrement, la réunion décide de déléguer deux de ses membres (les Drs Rousseau et Hourlier) avec mission de se présenter au nom du Syndicat aux Bureaux du Bulletin et de réclamer l'envoi régulier du journal en retour de la cotisation exigée (1).

Le Président donne lecture d'un projet de réorganisation du service médical des indigents présenté par le Syndicat de l'arrondissement de Versailles. Ce projet n'est approuvé par aucun membre.

Le président donne également lecture du travail de la commission d'organisation de l'assistance publique nommée par l'Union des syndicats de France. Le projet élaboré par cette commission et publié dans le *Concours médical* du 14 avril 1888, ne contient que des principes généraux et les grandes lignes d'une organisation du service.

L'ensemble en est approuvé.

La séance est levée à 7 h. 1/2.

Le président, Le Vice-Président, Le Secrétaire,
Dr LEROY Dr BIBARD Dr ROUSSEAU.

CORRESPONDANCE

Saint-Aignan-sur-Cher, 27 juin 1888.

Action hémostatique locale de l'antipyrine,

On m'amène un enfant de 14 ans saignant abondamment, depuis la veille au matin, après l'extraction d'une molaire.

Inutiles applications, par un confrère, de perchlorure de fer ; syncope le soir produisant son effet hémostatique. Dans la nuit, retour de l'hémorrhagie. Langue noire, racornie, odeur infecte de la charpie, remplissant tout un côté de la bouche.

Je débarrasse, c'est le mot, l'enfant de son pansement, et le sang s'écoule librement ; je remplace la charpie par de l'amadou imbibé de perchlorure dilué. La plus légère pression sur la gencive est intolérable et le sang coule toujours. Je pense alors à l'antypirine, et j'applique deux ou trois petites

(1) La liste exacte du Syndicat ayant été transmise à l'Administration, le service se fait rigoureusement. It en est de même pour tous les syndicats dont les secrétaires ne négligent pas de l'informer des mutations. N. de la R.

boulettes de charpie humides,roulées dans l'antipyrine, que je dépose dans la plaie. Pas de douleur, arrêt immédiat et disparition de l'hémorrhagie permettant le lendemain matin la suppression de tout pansement.

Par égard pour le malade, par horreur du perchlorure de fer, en l'honneur de l'antipyrine et vu l'élégance du procédé j'ai résolu de vous prier de porter ce fait à la connaissance de nos confrères avec cette question :

Est-ce que les médicaments antifébriles ne devraient leurs effets qu'à une action constrictive sur les vaisseaux, qui en ferait localement des hémostatiques ?

Dr Marie,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Service des nourrices sur lieux (1).

Aussitôt qu'un des membres du *Concours* est sollicité par une nourrice qui désire se *placer sur lieu,* il doit remplir et nous adresser un des Bulletins qui ont été envoyés à tous les membres.

Les Bulletins, aussitôt arrivés, sont transcrits sur des registres spéciaux, et envoyés à Mme *Monot.*

Dès que la nourrice aura demandé à se placer sur lieu, elle devra immédiatement se munir :

1° D'un certificat sur papier libre du médecin constatant qu'elle est apte à nourrir au sein, et n'a aucune maladie contagieuse.

2° Un certificat du maire. Tous les maires ont à la mairie des *certificats imprimés,* et qu'il suffit de remplir.

Là s'arrêtent les formalités.

L'oubli d'une seule ne permet pas de présenter les nourrices à leur arrivée à Paris, et l'examen officiel est indispensable à la *Préfecture de Police,* et souvent elles manquent ainsi d'être placées de suite.

Nous prions donc instamment les médecins qui offrent des nourrices, de leur rappeler ces formalités.

Aussitôt que la *directrice du bureau* a besoin de nourrices, elle envoie, au médecin qui a offert le sujet, une lettre dont le modèle a été fait par nous, le priant de les faire partir de suite pour Paris, de détacher et de leur remettre *l'adresse placée au bas de cette lettre.*

La nourrice part pour Paris *à ses frais,* et arrive au bureau.

Là elle est logée gratuitement, mais se nourrit à ses frais dans un établissement voisin, et à aussi bon marché qu'elle le désire.

Mais son séjour au bureau, une fois la visite à la Préfecture de Police subie, est généralement de *très courte durée,* et varie de quelques heures à quelques jours, suivant la quantité de lait qu'elle présente et suivant aussi les qualités physiques, etc., etc.

Une fois la nourrice sur lieu placée, son enfant est emmené de suite dans son pays par la grand'mère ou la parente qui l'a accompagnée à Paris, et il lui est immédiatement remis, par le bureau, 30 *francs pour frais de retour de l'enfant.*

Outre la visite que subit chaque nourrice, au moment de l'obtention de son certificat par le médecin de la localité, elle en subit une autre, à laquelle nulle ne peut se soustraire, à la Préfecture de Police.

Ce contrôle est un gage de sécurité pour les familles et pour les médecins chargés de choisir des nourrices.

Si quelques confrères de province désiraient, pour une de leurs clientes, une nourrice sur lieu, ils n'auront qu'à s'adresser directement à Mme Monot.

Nous rappelons que le prix moyen des nourrices sur lieu est de 50 fr., pour filles, et de 60 fr. pour les femmes mariées.

Une allocation est attribuée à tout médecin lorsqu'une des nourrices adressées à Mme Monot arrive à être pourvue. Cette indemnité est réglée chaque année.

(1) Nous reproduisons l'article suivant déjà inséré dans ce journal, pour répondre à diverses questions qui sont fréquemment adressées à l'administration au sujet des placements des *nourrices sur lieu.*

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret de faire part à nos lecteurs du décès de MM. les Drs Creuset (de La Gravelle-Mayenne) et Briois (de Paris), membres du Concours médical.

NOUVELLES

Caravane hydrologique. — La *Société française d'hygiène* vient d'organiser une nouvelle excursion qui permettra de visiter les stations climatériques et thermo-minérales de la Suisse et des Vosges. L'excursion aura lieu du 15 au 31 prochain.

L'itinéraire suivant a été adopté : Lucerne, Zurich, Pfœffers, Baden, Schinznach, Rheinfelden, Luxeuil, Plombières, Bains, Gérardmer, Bussang, Vittel, Contréxeville, Martigny, Bourbonne et Sermaize.

La Compagnie des Chemins de fer de l'Est a bien voulu accorder une réduction de 50 °/o en faveur des excursionnistes qui prendront part à la caravane. Des prix spéciaux sont assurés dans les hôtels.

Dans les stations qui doivent être visitées, des fêtes sont préparées pour recevoir la caravane de concert avec les Municipalités, le Corps médical et les Sociétés locales.

Ceux qui désirent y prendre part doivent s'adresser, pour les renseignements complémentaires, à M. Joltrain, secrétaire de la Société française d'hygiène, 19, avenue Wagram, à Paris.

Les listes d'adhésion seront closes le 31 juillet.

— On avait voulu dernièrement empêcher les médecins anglais d'exercer la médecine dans quelques cantons suisses ; grâce aux nombreuses protestations que cette mesure d'exception avait soulevées, le canton des Grisons vient de voter, à une énorme majorité, une loi qui permet à un nombre limité de médecins anglais d'exercer leur art en Suisse.

— Le Dr Vassali, de Lugano, rapporte dans la *Gazzetta Medica-Italiana-Lombardia* l'histoire d'une femme de Castagnola (Suisse) qui a accouché récemment de six enfants, morts quelques secondes après leur naissance. Cette femme avait eu auparavant sept enfants en deux fois.

Les six enfants sont nés vers le cent quinzième jour de la grossesse ; leurs têtes étaient relativement plus volumineuses que leurs corps, et leurs yeux étaient recouverts de la membrane pupillaire. Les organes génitaux étaient bien formés. Il n'y avait qu'un seul placenta.

Un fait curieux sur lequel le Dr Vassali appelle l'attention, c'est que la ville de Castagnola est réputée pour les naissances multiples.

Le Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André, 3

Dixième année **N° 29** 21 Juillet 1888

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE

La saccharine comme antiseptique.

Nous commençons à connaître de mieux en mieux cette nouvelle substance. M. *C. Paul* estime comme M. Beaumetz qu'elle ne saurait être considérée comme un aliment. Il lui a en revanche trouvé comme médicament certains avantages qui n'avaient pas encore été soupçonnés, particulièrement celui de posséder des propriétés antiseptiques; cet avantage, joint à sa saveur et à son odeur agréables, paraît à M. C. Paul indiquer l'emploi de la saccharine pour l'antisepsie des voies digestives. D'après les expériences de M. Marfan, à 1/200, elle empêche la fermentation ammoniacale de l'urine et arrête le développement du bactérium termo, un des plus ordinaires agents des putréfactions; à 1/500 elle entrave celui du staphylococcus pyogènes aureus, et à 1/300 elle retarde, mais n'empêche pas le développement du streptococcus de la fièvre puerpérale.

On peut faire avec la saccharine un excellent dentifrice avec une solution alcaline à 6 % dont on met une cuillerée à café dans un demi-verre d'eau. Ces solutions alcalines de saccharine peuvent servir à laver l'estomac dans les cas de dyspepsie putride, dans les dilatations de cet organe, simples ou consécutives au cancer du pylore.

En sucrant les tisanes dans les maladies aiguës avec la saccharine, on a des tisanes antiseptiques. Malheureusement la saccharine n'exerce aucune influence sur le microbe de la fièvre typhoïde.

Malheureusement aussi l'action antifermentative de la saccharine s'oppose à certaines fermentations digestives normales; elle entrave à 2 % l'action de la pepsine sur la fibrine de porc et sur le blanc de l'œuf, et celle de la diastase sur l'amidon. Ainsi s'expliquent les troubles digestifs qu'ont éprouvés plusieurs diabétiques, d'après M. Beaumetz et M. Worms, après avoir usé quelque temps, quotidiennement, de saccharine. Toutefois, M. Paul connaît des malades qui en usent depuis plus de cinq mois sans inconvénient.

Ralentissant l'activité du ferment de l'urée, la saccharine, qui s'élimine en nature par les reins pour la plus grande partie, pourra être utile dans la pyélonéphrite, le catarrhe vésical.

Manifestations viscérales de l'érysipèle: broncho-pneumonie érysipélateuse.

Au cours d'une épidémie grave d'érysipèle chez les vieillards, dans laquelle trois personnes moururent sur quatre atteintes, dit M. *Cerné* (de Rouen), se présentèrent quatre cas de pneumonie infectieuse, ne pouvant pas, d'après l'observation clinique, reconnaître d'autre cause que la contagion érysipélateuse.

Comme tous les malades avaient présenté de l'albuminurie, je fis des cultures avec le rein, et j'obtins des colonies de microorganismes présentant les caractères morphologiques du streptocoque de l'érysipèle.

Des inoculations sur des animaux corroborèrent le diagnostic clinique et donnèrent des lésions absolument semblables à celles de l'érysipèle.

De ces faits, je crois pouvoir conclure :

1° Que l'érysipèle infectieux est produit par des déterminations viscérales résultant de la diffusion microbienne dans le sang et les viscères;

2° Que l'érysipèle peut affecter d'emblée le poumon, qui, devenant par là même une porte d'entrée favorable à la diffusion, est affecté localement d'une inflammation broncho-pneumonique et est facilement le point de départ d'une maladie infectieuse n'étant autre qu'un érysipèle généralisé dans l'économie.

Intoxication par l'oxyde de carbone.

M. *Pouchet* a entretenu la Société de médecine légale de cas d'intoxication par l'oxyde de carbone occasionnés par un poêle Choubersky dont le tirage était insuffisant. L'examen chimique du sang a donné le spectre caractéristique de l'hémoglobine oxy-carbonée ; le sang avait la propriété caractéristique aussi de se conserver sans putréfaction. Chez un individu qui a survécu, et déjà en voie de rétablissement, on trouvait encore, — c'est là un point intéressant — l'oxyde de carbone dans le sang.

Outre une anémie plus ou moins intense, l'intoxication oxy-carbonique peut produire des paralysies, notamment de la vision ou de l'audition, et surtout une perte de la mémoire, un affaiblissement de l'intelligence prolongés pendant plusieurs semaines......

Effets locaux produits par les injections sous-cutanées de préparations mercurielles insolubles.

A la suite d'injections sous-cutanées de calomel ou d'oxyde jaune de mercure pour guérir la syphilis (méthode de Scarenzio), on sait qu'il se produit quelquefois des abcès. M. Balzer et Mlle Klumpke ont prouvé par des expériences, que ce ne sont pas des suppurations phlegmoneuses causées par les microbes de la suppuration, mais de véritables nécroses.

On peut, en effet, distinguer trois phases dans l'absorption du calomel ou de l'oxyde jaune :

1° Dans les premiers jours, transformation rapide des substances injectées prouvée, cliniquement par les douleurs, expérimentalement par l'empoisonnement rapide, chimiquement par la recherche du mercure dans l'urine ;

2° L'absorption se ralentit ou même s'arrête bientôt à cause des lésions vasculaires, coagulation du sang, endovascularité oblitérante, d'où nécrose et dégénérescence graisseuse au centre du foyer d'injection ;

3° Le résidu de mercure réduit finit par être absorbé à la longue, ce qui contribue à cette hydrargyrie prolongée qui suit ces injections.

La nécrose paraît donc inévitable, mais elle peut être très restreinte et se résorber rapidement. Quelquefois les liquides s'amassent dans le foyer ; il y a de la fluctuation pendant quelque temps, puis la résorption s'opère. Dans d'autres cas enfin, les liquides sont plus abondants, il se forme une collection dont l'évacuation ne peut être évitée.

Ces collections renferment un pseudo-pus constitué par de la sérosité épaisse et filante, des globules rouges, des globules blancs en petit nombre, des cellules granuleuses, du tissu conjonctif, de la graisse en granulations, en gouttelettes, en cristaux, quelquefois des grumeaux de tissu conjonctif nécrosé. En somme, ce n'est pas là le pus d'un abcès phlegmoneux, mais bien d'une collection nécrosique dans la formation de laquelle n'interviennent pas les microbes de la suppuration.

La constatation du mercure réduit sous forme de granulations que l'on trouve dans la plaie des foyers, tandis que la pile de Smithson ne décèle que des traces de mercure dans le pseudo-pus, semble venir à l'appui des idées professées par M. Merget sur l'absorption et la circulation en nature du mercure dans l'économie.

La conclusion pratique qui résulte de ces faits est que si les nécroses ne constituent pas un obstacle

FEUILLETON

Historiquement ce que deviennent nos libertés professionnelles (*fin*).

Tant que les membres de la profession ont été sans cohésion, désunis, on put les molester individuellement et même en masse. Mais quand ils curent été constitués en corps d'état, la chose ne fut plus aussi facile.

Un jour, — le 3 janvier 1528, — une pauvre femme de Salins en travail d'enfant mourut sans pouvoir accoucher. Aucun chirurgien n'était venu pour extraire l'enfant, bien qu'on fût allé en chercher plusieurs ; mais les uns étaient absents et les autres empêchés. Un seul, Etienne Dame, qui avait tous les instruments qu'il aurait fallu pour pratiquer l'opération, avait prétexté que c'était trop tard.

Bref, ce fut un tolle dans toute la ville : l'enfant n'avait pas été ondoyé!

Le conseil municipal assemblé conclut, dans sa délibération, qu'il fallait mander en séance tous les barbiers et chirurgiens pour leur adresser une sévère remontrance, et les rappeler à leurs devoirs professionnels, avec menace de les expulser de Salins, si pareil fait se reproduisait.

Nos chirurgiens comparurent à la citation et furent servis de la remontrance. Leur justification fut facile. Mais néanmoins le magistrat de Salins, pour sauvegarder sa dignité, ordonna de faire une plus ample information (1).

L'information aurait pu précéder l'ajournement!

Mais on n'avait pas à se gêner avec une corporation non constituée, qui n'existait pas en vertu de lettres patentes, qui était libre en un mot ; c'est-à-dire qui n'était qu'un ensemble d'individus exerçant la même profession.

Ah! plus tard, quand la corporation fut établie avec des règlements reconnus et approuvés, elle devint quelque chose de respectable, parce qu'elle formait faisceau. Et chaque membre qui en faisait partie, en sacrifiant quelque chose d'une liberté

(1) Bernard Prost. *Notes et documents pour servir à l'histoire de la médecine en Franche-Comté.* Poligny, 1881.

absolu à l'emploi des injections mercurielles insolubles, elles doivent cependant en restreindre l'emploi et obliger à ne se servir que de doses peu élevées.

Des varices viscérales. — Traitement des congestions variqueuses par le chardon Marie

M. A. *Tripier* fait remarquer que si les varices superficielles des membres ont été complètement étudiées, on connaît déjà moins bien les varices profondes, causes prochaines d'œdèmes douloureux; si on s'est occupé avec soin des varices du rectum ou hémorrhoïdes et de celles du cordon spermatique ou varicocèle, auxquelles il convient d'ajouter celles de l'œsophage dans la cirrhose, on ne s'est pas demandé « si les veines de tous les organes n'étaient pas exposées, plus ou moins, à devenir variqueuses et si certains phénomènes d'une objectivité obscure ne devaient pas être rattachés à des congestions de tout point comparables aux crises hémorrhoïdaires classiques ».

Les localisations variqueuses viscérales que M. Tripier pense avoir rencontrées sont celles de la vessie, produisant des hématuries des organes génitaux de la femme, veines ovariennes et utérines, celles de l'urèthre et du méat. Pour ces dernières, M. Tripier a employé avec succès la divulsion brusque de l'uréthre avec un spéculum auri bivalve. Les varices ovariennes seraient la cause de certains accidents pseudo-péritonitiques, douleur spontanée et sensibilité à la pression, face grippée, mais sans fièvre.

Aux varices utérines incomberaient certains engorgements périodiques de l'utérus, et aux varices de la partie supérieure du gros intestin des gênes tenaces, quelquefois douloureuses, dont le siège est celui des côlons.

Ces phénomènes se présentent surtout chez des femmes arthritiques et notamment chez celles qui ont souvent des embarras circulatoires du côté du foie avec des poussées hémorrhoïdaires.

Le médicament le plus utile que M. Tripier ait trouvé pour soulager les souffrances que causent les stases passives des varices viscérales est le chardon Marie sous forme de teinture alcoolique (20 à 25 gouttes dans un verre d'eau à boire par gorgées, une ou deux fois par jour suivant les cas, à jeun ou quelque temps après le repas); M. Tripier emploie encore l'extrait alcoolique de cette plante pour en faire des pilules en l'associant à l'aloès, des pommades pour tampons vaginaux et des suppositoires.

Il découle, en résumé, de l'étude de M. Tripier qu'il existe chez certain sujet, du fait de l'impulsion nutritive originelle de tout le système veineux, une *vocation variqueuse* qui peut se localiser sur tel ou tel viscère sous l'influence du système nerveux ou d'influences mécaniques locales.

C'est surtout sur les varices de la cavité pelvienne que son attention a été attirée, mais il est probable qu'il en peut exister dans tous les organes et il serait intéressant de rechercher dans les autopsies les traces de *l'affection variqueuse* dans tous les viscères, encéphaliques, thoraciques, abdominaux.

Sur la durée extrême de la vie ; les centenaires en 1886.

Les renseignements suivants ont été fournis à l'Académie des Sciences sur la statistique des centenaires. Les centenaires sont rares, plus rares mêmes que l'opinion populaire le ferait supposer, car les vieillards ont parfois la vanité de se vieillir comme les jeunes femmes ont celle de se rajeunir.

En 1871, le recensement de la population de la Bavière portait 37 centenaires. Après vérification faite sur les registres de l'état civil il se trouva qu'il n'y avait qu'une femme qui eût passé cent ans.

Au Canada, sur 82 personnes qui passaient pour être mortes centenaires, l'administration, curieuse

plus théorique que réelle, au lieu de voir son importance diminuer, la vit grandir.

* * *

Le corps médical n'a été complètement homogène et susceptible d'être unifié que du jour où l'enseignement de la médecine et la collation des grades ont été organisés d'une manière uniforme pour toute la France. Ce fut pour nous une grande réforme.

Le pouvoir central, en donnant à l'enseignement de la médecine une impulsion vigoureuse, a élevé scientifiquement la profession. Il devait faire cela d'abord en attendant plus et mieux.

Je dis en attendant mieux, parce qu'il reste à mettre en œuvre cet ensemble d'unités scientifiques dispersées, à les constituer définitivement en un corps d'Etat pour assurer la santé du pays, la santé morale comme la santé physique. Les deux sont inséparables.

Déjà nous voyons les gouvernements se préoccuper de plus en plus des grandes questions d'hygiène, s'ingéniant à créer des services sanitaires pour imposer des mesures de préservation; en un mot, fonctionnariser de plus en plus la médecine et donner en quelque sorte une consécration officielle aux prescriptions de la science (1).

On a voulu déjà précipiter la solution de ce problème sous l'Empire, quand on créait la médecine cantonale; quand, sous prétexte d'assurer l'assistance médicale aux indigents, on rêvait d'instituer des médecins officiels plus ou moins sous la dépendance du pouvoir personnel.

Certes, nous nous garderons bien d'approuver tous les projets qui ont été plus ou moins élaborés à ce sujet; mais de tout cela nous ne pouvons pourtant pas nous désintéresser. Nous devons au contraire nous préoccuper des modifications qui se-

(1) Le Conseil d'Etat de Bâle-Ville vient de dresser, en ce qui concerne l'assurance obligatoire contre la maladie, un projet dont les principales dispositions sont:
1° Soumettre à l'assurance obligatoire tous ceux qui sont au service d'autrui et dont le revenu ne dépasse pas 2.200 fr.
2° Soumettre, etc., toutes les personnes indépendantes dont le revenu varie entre 1.200 fr. et 2.200 fr.
3° Tous les ouvriers qui, quoique domiciliés hors du canton, y sont en condition, etc.
Les primes varient. Le patron paie moitié de l'assurance de ses ouvriers.
L'Etat créera des places de médecins officiels, etc.

de chercher la vérité sur ce sujet, trouva que 9 centenaires seulement étaient mortes à plus de cent ans.

Pareille enquête vient d'être faite en France. Au dernier recensement 184 personnes étaient inscrites comme centenaires. Or, il s'est trouvé que 101 l'avaient été indûment.

Sur les 83 personnes admises comme centenaires, 67 l'ont été sur la déclaration de leurs proches sans qu'on ait pu fournir de pièces authentiques à l'appui. Le ministère n'a reçu les pièces justificatives que pour 16 centenaires. Parmi eux était un vieillard, né en Espagne, baptisé en 1770, ayant par conséquent plus de 116 ans en mai 1886 : il vivait encore au commencement de juin 1888.

Parmi les centenaires, les femmes sont en majorité (52 femmes et 31 hommes) ; les veufs et les veuves prédominent.

C'est dans le sud-ouest de la France, et principalement au pied des Pyrénées, qu'on rencontre le plus de centenaires.

Je pense, en résumé, que défalcation faite des exagérations, il doit y avoir au moins une cinquantaine de centenaires en France ; d'où, en calculant sur les naissances de 1771 à 1779, la génération qui a traversé le dix-neuvième siècle aurait eu 1 chance sur 18,000 d'arriver à l'âge de cent ans.

QUINZAINE CHIRURGICALE ET OBSTÉTRICALE

De la laparotomie dans les plaies pénétrantes de l'abdomen par armes à feu.

M. Kirmisson (1) se déclare partisan de l'intervention chirurgicale dans de pareils cas. Il ne faut pas se fier à la possibilité de la guérison spontanée, sans intervention, ou mieux à la possibilité de la guérison à l'aide d'un traitement médical qui consiste dans la diète absolue, l'immobilité, l'opium à haute dose. Depuis longtemps ces moyens sont employés par les chirurgiens anglais et américains. Personne n'en a fait un emploi plus judicieux qu'eux-mêmes dans le traitement de l'occlusion intestinale. S'ils ne s'en contentent plus dans les plaies par coups de feu de l'abdomen, ce n'est évidemment pas pour le seul plaisir de pratiquer une opération ; mais bien parce qu'ils ne sont pas satisfaits des résultats que leur a fournis ce procédé de traitement.

Les plaies pénétrantes de l'abdomen par armes à feu ont, en effet, un pronostic plus grave que ne le disent les partisans de l'expectation. Les cas de guérison spontanée sont exceptionnels ; quelques-uns d'entre eux sont explicables par l'absence de lésions viscérales. La plupart s'observent dans les faits de blessures de l'estomac et du gros intestin. Quant aux plaies de l'intestin grêle, même quand elles sont produites par de petits projectiles, elles peuvent présenter un grand diamètre. Pour elles, la guérison spontanée n'est pas jusqu'ici démontrée d'une manière irréfutable. Si donc la temporisation est de mise en présence des plaies de l'estomac et du gros intestin, il faut, dans les cas de blessures de la zone péri-ombilicale, intervenir immédiatement dès qu'on a acquis la certitude de la pénétration et que la blessure de l'intestin grêle est soupçonnée. La certitude n'est pas ici nécessaire pour légitimer une intervention ; en effet, comme l'a écrit récemment Godwin, si les viscères ne sont pas intéressés, l'état du malade ne sera pas sensiblement aggravé par l'opération. Si, au contraire, l'intestin est blessé, on a la certitude qu'une péritonite septique aurait bientôt amené une terminaison fatale.

Il ne faut pas d'ailleurs s'exagérer la gravité et les difficultés de l'intervention en pareil cas, quand on voit les deux succès obtenus par Skelly et Kollock :

(1) *Bulletin médical*, juillet 1888.

---

raient de nature à relever le corps médical, à lui donner un rôle supérieur à celui qu'il remplit, rôle qu'un avenir prochain nous réserve et auquel nous ferions bien de nous préparer par une forte éducation professionnelle.

Notre émancipation n'est pas une affaire d'instruction scolaire ; elle sera le résultat de la discipline qu'il nous appartient, à nous surtout, d'établir.

Ceux des médecins qui repousseraient de parti pris et systématiquement toute proposition destinée à cimenter parmi nous l'union et à établir entre tous les membres de notre famille médicale les liens d'une solidarité plus étroite, ceux-là, dis-je, m'ont l'air de retarder singulièrement sur l'époque actuelle. Ils en sont à rêver sans doute d'arrêter le mouvement et peut-être de faire machine en arrière pour revenir à ce bon vieux temps où tout homme un peu malin pouvait se dire sorcier, et, sans apprentissage ou licence, exercer l'art de guérir.

Pour conclure :

La science de l'homme ne peut manquer d'éveiller de plus en plus la sollicitude des pouvoirs publics dont elle est appelée à seconder l'action pour assainir et moraliser la population.

Cette science étant l'objet d'une réglementation de plus en plus sage, deviendra aussi de plus en plus une affaire d'état, une institution politique ; puisque tout règlement implique une réciprocité de concessions.

De part et d'autre on a senti la nécessité de cette réglementation ; et d'un commun accord, l'autorité, au nom du peuple, et les médecins pour eux-mêmes, ont admis celle qui tout d'abord s'imposait au sens commun, répudiant ainsi les abus qu'engendre inévitablement une liberté trop absolue.

Ce besoin de réglementation n'a été ni une surprise, ni un accident ; il est bien dans la nécessité des choses, puisqu'il s'accentue de plus en plus avec le temps.

Si une liberté complète était pour la profession médicale une condition de salut, cette profession se serait certainement mal trouvée d'en avoir été privée si longtemps. Ce qui n'est pas.

Réclamer pour la profession médicale le libre exercice, ce serait donc aller à l'encontre des lois historiques et des nécessités sociales ; ce serait faire de la rétrogradation et nous ramener à l'état de barbarie.

Dr PERRON.

le premier opéra dans des conditions très mauvaises, où rien n'était préparé spécialement, avec un seul aide médecin ; Kollock fit son opération sans assistance médicale, sans aucun des accessoires regardés comme si importants dans la pratique hospitalière.

De la suppuration des épanchements sanguins dans les plèvres (1).

Notre excellent ami, le Dr Evrain vient d'étudier d'une manière très intéressante les conditions pathogéniques de la suppuration des épanchements sanguins dans les plèvres, que ces épanchements soient d'origine traumatique ou qu'ils soient dus à une pleurésie hémorrhagique : il s'élève contre cette opinion admise par nombre de chirurgiens que les *gros épanchements seuls suppurent* uniquement parce qu'ils sont abondants.— Or, ce fait ne cadrerait guère avec une loi de pathologie généralement admise aujourd'hui, loi qui veut que sans microbes, il n'y ait pas de suppuration.

Il résulte des expériences de laboratoire faites par Evrain sur les chiens et les lapins, que les épanchements expérimentaux de sang, même les plus abondants, ne suppurent jamais ; mais à la condition que l'asepsie la plus rigoureuse ait été observée par l'expérimentateur.

Il en est de même des épanchements médicaux, des pleurésies hémorrhagiques où le sang est maintenu dans le thorax à l'abri des germes de la suppuration ; ces épanchements ne suppurent que si l'on introduit des germes dans la plèvre par une ponction faite avec des instruments septiques par exemple.

Quant aux épanchements traumatiques, laissant de côté la question de l'infection par la plaie extérieure, voyons quelles différences existent entre les grands et les petits épanchements. — Les petits épanchements ne suppurent pas parce que la plaie pulmonaire est superficielle et que l'air arrive dans le foyer sanguin par les fines ramifications des bronches seules intéressées par la plaie pulmonaire ; or, dans ces conditions l'air est filtré et stérilisé.

Les conditions ne sont pas les mêmes pour les gros épanchements qui souvent suppurent ; ici l'abondance de l'épanchement est causée par la blessure des gros vaisseaux du poumon, et, d'après Ch. Nélaton, la suppuration serait due à l'abondance de l'épanchement. Pour Evrain, au contraire, la suppuration provient de ce que les grosses bronches, accolées aux gros vaisseaux, sont nécessairement intéressées par la plaie et que le sang de l'hémothorax est brassé dans les bronches avec l'air et avec les mucosités bronchiques chargées de tous les micro-organismes qui s'y sont amassés.

Comme conclusions pratiques, nous insisterons sur la nécessité d'occlure la plaie extérieure et d'observer une antisepsie minutieuse ; de plus la ponction exploratrice permet d'évacuer au moins la partie liquide de l'hémothorax. Elle hâte et favorise la guérison, tout en restreignant considérablement les indications de l'empyème ; mais elle ne peut prévenir la suppuration qui n'est pas subordonnée uniquement à l'abondance de l'épanchement.

Aussi, dans les cas d'épanchements considérables, dus à la section des gros vaisseaux du poumon, la suppuration étant fatale, il faut, imitant la pratique de Baudens, recourir très rapidement à l'empyème.

(1) Th. inaug. Paris 1888.

Du traitement des fibrômes utérins.

Différentes méthodes de traitement des fibrômes utérins se partagent actuellement la faveur des gynécologistes : les uns se contentent de faire la médication des symptômes ; les autres cherchent à extraire les corps fibreux par la voie vaginale ou par la cavité utérine qu'ils dilatent préalablement ; d'autres plus hardis ouvrent la cavité abdominale, et, d'après les lésions qu'ils constatent, pratiquent l'extirpation des ovaires ou l'hystérectomie abdominale.

Nous laisserons de côté, pour aujourd'hui, le traitement des fibrômes par l'électricité suivant la méthode d'Apostoli, méthode qui commence à avoir des partisans en Angleterre et surtout en Amérique.

Il est encore actuellement difficile d'établir un parallèle entre ces diverses méthodes ; les chirurgiens, en effet, n'ont pas jusqu'ici nettement posé les indications de telle ou telle opération suivant tel ou tel cas. Aussi feront-ils bien d'imiter l'exemple de M. Terrillon qui publie (1) des remarques intéressantes sur 65 cas de fibrômes utérins observés par lui : il les a soignés par des méthodes différentes, adaptées le plus souvent à la variété de la tumeur et aux accidents qu'elle provoquait. M. Terrillon laisse de côté les fibrômes qui sont plus ou moins accessibles par le vagin et dont la thérapeutique prête à des considérations spéciales.

Les fibrômes de l'utérus constituent dans certains cas une affection grave : par leur volume et les complications qui en sont le résultat ; par les hémorrhagies continues et souvent mortelles qu'ils provoquent ; enfin, par d'autres accidents tels que phlébite, albuminurie, nécrobiose de la tumeur, septicémie, etc. La mort est souvent la conséquence de ces tumeurs : sur les 76 malades observées en 5 ans par M. Terrillon, six sont mortes d'accidents ou de complications résultant de la présence de la tumeur utérine seule, sans avoir subi aucune opération.

Souvent les fibrômes créent une infirmité très pénible, insupportable, surtout chez les femmes qui doivent travailler pour vivre. Dans ces conditions, surtout lorsque tout traitement médical a échoué, il est nécessaire d'agir chirurgicalement contre eux : soit, 1° par l'ablation des ovaires et des trompes ou la castration soit, 2° par l'hystérectomie abdominale.

L'ablation des ovaires et des trompes donne d'excellents résultats dans les fibrômes abdominaux, de petit ou de moyen volume, qui provoquent des hémorrhagies graves, surtout si la cavité utérine est augmentée de hauteur. Sur 6 malades opérées de

(1) *Annales de gynécologie*, mai 1888.

cette manière par M. Terrillon, cinq ont parfaitement guéri ; la sixième est morte au bout de 60 jours d'accidents intestinaux. Malheureusement cette opération ne peut toujours être pratiquée à cause des difficultés qu'elle présente ; car il faut absolument enlever la *totalité* des deux ovaires ; ce qui est quelquefois assez délicat à cause des rapports de ces organes avec la masse fibreuse.

Aussi est-il nécessaire de recourir parfois à l'hystérectomie abdominale, opération grave qui donne une moyenne de mortalité de 30 %, quand on s'attaque aux tumeurs volumineuses et réellement dangereuses. Cependant, cette opération doit être conservée pour les femmes qui ont des tumeurs fibreuses, volumineuses, atteignant l'ombilic ou le dépassant et provoquant soit des hémorrhagies abondantes et graves, soit des phénomènes de compression menaçante pour la vie et des douleurs intolérables. Les seize malades soumises à ce traitement par M. Terrillon étaient dans un état grave et pouvaient être considérées comme devant mourir au bout de quelques mois ou traîner pendant longtemps une existence misérable.

A côté de ces cas graves nécessitant une intervention chirurgicale, il en est d'autres, les plus nombreux, dans lesquels les femmes, surtout dans la classe riche, peuvent vivre avec un fibrôme utérin même volumineux ; elles peuvent passer la période dangereuse des fibrômes qui se prolonge souvent de 50 à 55 ans et même plus, sans courir de chance de mort. On peut arriver à ce résultat, grâce au repos prolongé et grâce à un traitement médical qui variera suivant les cas (injections sous-cutanées d'ergotine, injections d'eau chaude, teinture de *cannabis indica* (10 à 20 gouttes par jour à l'intérieur), bain d'eau salée à domicile ou dans les stations d'eau spéciales). « Aussi, ajoute M. Terrillon, doit-on être très prudent quand il s'agit de prendre une décision à propos de l'intervention chirurgicale ». G. L.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Union médicale des Membres des Sociétés de Secours mutuels de prévoyance et de retraites du département de la Seine (1).

Rapport présenté le 4 Février 1888.

Messieurs,

....

Nous reproduisons les documents essentiels :

Les Docteurs en médecine adhérents à notre service médical sont unanimes à reconnaître qu'au point de vue économique et pratique, tant pour les Docteurs que pour les Sociétés, cette création s'imposait avec la certitude du succès; plus de 140 Docteurs ont déjà répondu à notre appel...

La commission croit devoir faire remarquer que les Docteurs actuellement adhérents offrent, par leurs titres, leurs noms et leur situations, des garanties de capacité et de soins vigilants, qui sont la base essentielle de notre *Union Médicale*.

Actuellement, nous avons classé ces Docteurs en 80 sections ayant de un à deux titulaires, tout en réservant la possibilité d'augmenter les sections selon les besoins.......

Nous croyons utile de vous signaler les observations qui nous ont été présentées.

Il en est une principale qu'un grand nombre de Docteurs nous ont émise ; l'abonnement annuel fixé pour les enfants leur paraît peu équitable avec les soins qu'ils seront appelés à leur donner.

De l'ensemble des autres observations faites par les Docteurs, il résulte que le montant de l'abonnement annuel n'est pas suffisamment rémunérateur. D'autre part, un certain nombre d'administrateurs réservent leurs adhésions et celles de leurs Sociétés respectives, parce qu'ils craignent que les Docteurs, trouvant le taux d'abonnement trop faible, ne démissionnent ou que le service médical ne soit mal fait.

Votre Commission ne croit pas devoir *discuter en ce moment le fond de ces deux objections*; cependant, elle pense qu'une augmentation très minime pour les Sociétés acquerrait une réelle importance auprès de nos Docteurs et ferait certainement disparaître cette appréhension très légitime parmi nos collègues de la mutualité.

D'autres observations ont été également soulevées; nous entendions dire que nous n'aurions aucune adhésion de médecins ; notre réponse est déjà indiquée au commencement de ce rapport, où nous déclarons que plus de 140 Docteurs ont adhéré ; un grand nombre ont promis qu'avec une rémunération plus équitable ils se mettraient à notre disposition.

Vous n'aurez comme Médecins que des nullités, nous a-t-on dit !

Cette objection tombe d'elle-même par ce fait que, parmi nos Médecins adhérents, nous trouvons des chefs de laboratoire, des lauréats de l'Académie de médecine ou des Facultés françaises, des Docteurs ayant reçu des médailles d'honneur, d'or ou d'argent pour services rendus dans des épidémies ou pour le zèle et le dévouement déployés dans l'exercice de leurs fonctions. *Les trois quarts sont d'anciens internes des hôpitaux de Paris, et tous sont déjà Médecins de Sociétés de secours mutuels.* (1)

Votre Commission est fière de pouvoir vous dire que le succès, en ce qui concerne le service médical, a dépassé son attente...

L'Union Médicale, pour son fonctionnement normal, est composée de deux éléments : les Médecins et les Sociétés.

Le premier de ces deux éléments étant brillamment composé ne pourra qu'encourager la constitution et le développement rapide du second.

Que chaque Société fasse choix de deux de ses membres comme délégués en adhérant à notre Union Médicale, puis *progressivement les engagements qui la lient avec les Docteurs actuels se termi-*

(1) Nos prévisions se sont amplement réalisées. Les médecins se sont empressés de s'offrir, pour prendre part à l'organisation de l'Union Médicale.

Nous espérons que nos observations ont contribué à l'augmentation relative des honoraires primitivement offerts.

Mais nous craignons que l'empressement qu'on a mis à remplir les cadres médicaux des circonscriptions ne soit le prélude du rabais nouveau qu'on leur imposera tôt ou tard, par suite des offres des concurrents évincés.

A. C.

(1) Sur les 140 docteurs mentionnés, nous ne relevons d'après la dernière édition de l'Annuaire de l'Internat (1886) que 6 anciens internes titulaires des hôpitaux de Paris et deux anciens internes provisoires. (N. de la R.)

nant, le nombre de nos adhérents ne fera que grossir d'une façon rapide.

Mais avons-nous des Sociétés pour marcher, nous dira-t-on ?

Oui, à l'heure présente, 30 Sociétés ont envoyé leur adhésion et plus de 50 ont adhéré en principe.

Nous sommes heureux, Messieurs, de pouvoir vous dire que tout est prêt à marcher et que nous comptons absolument commencer le service le 1er Juillet prochain....

L'Assemblée générale du 4 février, à l'unanimité, a voté l'augmentation du taux de l'abonnement annuel, qui est ainsi fixé à deux francs par homme, femme ou enfant.

Les Délégués, représentant 30 sociétés adhérentes, se sont réunis et ont nommé le Conseil d'administration..

L'Association fonctionne régulièrement à partir du 1er juillet 1888.

Ci-contre la liste des Docteurs, au nombre de 140, nommés titulaires des Sections et qui assureront le service médical pour tous les sociétaires inscrits sur leur contrôle.

Pour faciliter l'admission des sociétés qui auraient des engagements avec leurs médecins, les adhésions seront reçues tous les vendredis, de 8 à 9 heures du soir, au siège social, 23, rue Saint-Quentin, et les soins à recevoir ne compteront qu'a partir des 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre de chaque année.

Les Délégués remettront l'état nominatif de leurs sociétaires en versant le 1er trimestre de l'abonnement à échoir, ainsi que la cotisation annuelle fixée à 10 c. par membre, et 10 centimes également par membre, pour la carte personnelle qui sera délivrée dans les quinze jours suivant l'adhésion des sociétaires.

Ces derniers pourront fixer leur choix sur le Docteur de la Section qu'ils habitent ou sur l'un des Docteurs des sections limitrophes, pourvu toutefois, que le domicile du sociétaire ne soit pas trop éloigné du Docteur.

Cependant, lorsque le domicile de ce dernier sera à une grande distance de celui du sociétaire, il devra pour être inscrit au service du Docteur ainsi choisi, présenter par écrit, le consentement de ce dernier, et mention en sera faite sur l'Etat d'adhésion dont il est déjà parlé.

Règlement Médical.

Article Premier. — Les Docteurs-Médecins adhérents à la Société de l'*Union médicale* devront :

1° Etre Français, Electeurs, Docteurs en médecine d'une Faculté de l'État français.

2° Habiter la section qui leur sera attribuée par le Conseil d'administration de l'Union ou un point le plus rapproché que possible.

3° Donner leurs soins à tout membre de Sociétés de Secours mutuels inscrit à son service, dès qu'ils en auront été invités par écrit.

4° D'avoir à heure fixe, tous les jours non fériés, une consultation où devront se présenter tous les sociétaires malades que leur état permettra de s'y rendre.

5° Délivrer les certificats de maladie constatant le droit aux secours, signer, dater la feuille de maladie à chaque visite ou consultation, arrêter ladite feuille à la fin de la maladie et indiquer les heures de sortie, s'il y a lieu.

6° S'assurer que les sociétaires sont bien munis de leur carte individuelle dûment signée par le porteur.

7° Examiner les récipiendaires *très minutieusement* et leur délivrer un certificat qu'on leur remettra sous enveloppe cachetée.

Art. 2. — Les Docteurs médecins de l'Union médicale ne pourront être membres honoraires.

Art. 3. — Les Docteurs ne font pas les accouchements et ne peuvent être appelés à soigner les suites de couche pendant les dix premiers jours ; cependant les Docteurs appelés pendant ces dix jours recevront une indemnité de *deux* francs par visite, payée par les sociétaires qui les auront fait appeler.

Ils ne font pas les opérations chirurgicales qui nécessitent l'aide d'un autre Docteur.

Art. 4. — Les sociétaires se faisant soigner à leurs frais par un Docteur étranger à l'Union médicale, devront réclamer le contrôle du Docteur de cette Union médicale, qui, seulement dans ce cas, contresignera les ordonnances et signera la feuille de maladie.

Art. 5. — Le Docteur devra signaler au Conseil d'administration de l'Union médicale tout sociétaire de sa section qui recevrait des soins d'une personne non diplômée par l'Etat.

L'Union en avisera *aussitôt le Président de la* Société à laquelle appartient le membre.

Art. 6. — Les Docteurs de l'Union médicale sont libres d'ordonner tous les médicaments qu'ils jugeront utiles, en indiquant toujours le poids, sauf les spécialités, les eaux minérales de *table* et les médicaments de luxe, par égard aux intérêts pécuniaires des Sociétés.

Art. 7. — En cas de maladie ou d'absence, les Docteurs doivent se faire remplacer par leurs suppléants ou un confrère, comme eux Docteur en médecine, agréé par le Conseil d'administration de l'Union médicale.

Art. 8. — Tout Docteur démissionnaire devra assurer le service de sa section pendant un mois au moins après l'envoi de sa démission, par lettre recommandée, au Président de l'Union médicale.

Art. 9. — Les Docteurs de l'Union médicale recevront, par trimestre échu, dans le mois qui suivra, l'indemnité au prorata du nombre des sociétaires à leur service, sur le taux de *deux francs* par an, par homme, femme, enfant, sans qu'il soit tenu compte des radiations, décès, admissions de récipiendaires et changements de domicile.

Art. 10. — Les listes seront arrêtées deux fois par an, 1er Janvier, 1er Juillet.

L'indemnité sera payée par le Trésorier de l'Union médicale, sur mandat signé du Président.

Art. 11. — En cas de décès d'un docteur de l'Union, le montant de l'indemnité acquise au moment du décès sera versé aux ayants droit à l'époque habituelle.

Art. 12. — Une commission arbitrale sera nommée pour trois ans et composée de cinq membres de l'Union médicale élus en Assemblée générale. (Y aura-t-il au moins un médecin ?)

Les membres de cette commission sont rééligibles. La Commission choisira son président dans son sein et examinera les faits qui lui seront soumis ; après avoir entendu les parties, ses décisions seront sans appel et transmises, par les soins de son Président, au Président du Conseil d'administration de l'Union.

Art. 13. — Tout Docteur de l'Union relevé de ses fonctions pour *manquements graves aux devoirs professionnels*, après avis de la Commission, qui sera constituée en la forme prescrite par l'article précédent, sera immédiatement remplacé par son suppléant ou par un confrère agréé par le Conseil d'administration de l'Union médicale.

Le conseil d'administration, composé de 20 membres, est nommé par les délégués des membres des sociétés de secours mutuels du département de la Seine, adhérents à l'Union médicale ; il est l'intermédiaire direct entre les groupes adhérents et MM. les Docteurs de l'Union.

Liste des docteurs.

1er *arrondissement.* — MM. Krohn ; Chambellan ; Vergne ; Gautier ; Lamblin.
2e *arrondissement.* — MM. Duron ; Girard ; Mareau ; Lemoine ; Desparquets.
3e *arrondissement.* — MM. Roche ; Tournay ; Miot ; Georges Alexandre ; Bruant ; Julien Weil ; Mette ; Monier ; Peignon.
4e *arrondissement.* — MM. Roux ; Reuflet ; Lédé ; Rogier ; Large ; Michaux.
5e *arrondissement.* — MM. Devis ; Lecoconier ; Martin ; De Rochebrune ; Maestrati ; Spira ; Lardiley.
6e *arrondissement.* — MM. Guillier ; Dromain ; Lauth ; Geny ; Gaye ; Riocreux ; Michel.
7e *arrondissement.* — MM. Duvernet ; Boehler ; Clermont ; Henri Alix ; Delaunay ; Veil.
8e *arrondissement.* — MM. Ménard ; Bonnet ; Beltz ; Gérard ; Leblond ; Hureau de la Villeneuve.
9e *arrondissement.* — MM. Michclon ; Crouigneau ; Dubrac ; Gornard-Chantreau ; Costilhes ; Agello ; Deschamps ; Henri Guerrier ; Chéron ; Leflaive.
10e *arrondissement.* — MM. B'aize ; Bernard ; Jacquet ; Mareau ; Boille ; Piérin ; Régeard ; Pléplu ; Pillenet ; Fourmentin ; Lansac.
11e *arrondissement.* — MM. Salasc ; Legrand ; Grange ; Courtin ; Calmeau ; Metzger ; Landois ; Cornilleau ; Fouque ; Depiéris ; Mouton.
12e *arrondissement.* — MM. Jalabert ; Carret ; Delineau.
13e *arrondissement.* — MM. Chatelain ; Planteau, Monnet ; Boulland ; Dupérier.
14e *arrondissement.* — MM. Floquet ; Barbeaud ; Macqret ; Coumettou ; Fèvre ; Nivet.
15e *arrondissement.* — MM. de Gennes ; Bonn ; Paul Michel.
16e *arrondissement.* — MM. Jacquemard ; Legrix ; Helleu ; Braine.
17e *arrondissement.* — MM. Vivien ; Fabre ; Guilain ; Hitier ; Favrel ; Georges Van Gelder ;
18e *arrondissement.* — MM. Willette ; Perrachon ; Briguel ; Juranville ; Dusseaud ; Decoster ; Levy-Franckel ; Charvot.
19e *arrondissement.* — MM. Masingue ; Tarrius ; Archer ; Biscarat.
20e *arrondissement.* — MM. Barthe ; Soin ; Laloua ; Delarue ; Sénac ; Bocquet ; Genet ; Daumas.

HORS PARIS

Charenton-Saint-Maurice : M. Richardt. — *Courbevoie* : M. Callais. — *Ivry* : M. Laboubée. — *Joinville-le-Pont* : M. Barborin. — *Montrouge* : M. Hœllieng. — *Pantin. Près Saint-Gervais* : M. Dartayet. — *Sceaux* : M. Boisson. — *Saint-Ouen* : M. Raoul. — *Vincennes* : M. Vallat.

DERMATOLOGIE

Erreurs populaires au sujet des maladies de la peau.

Dans une communication faite à la Société d'hygiène, j'ai protesté jadis contre les propriétés attribuées à tort à l'urine, pour guérir les affections cutanées, et aussi contre les applications intempestives de vésicatoires, qui ont pour but, selon les commères, d'attirer les humeurs au dehors et laissent des cicatrices préjudiciables, sans aucune compensation.

Ce sont des pratiques absurdes et condamnables, qui, heureusement, perdent beaucoup de leur vogue. — Mais il en existe nombre d'autres, tout aussi peu efficaces, sur lesquelles il est bon d'appeler l'attention publique. L'abus des corps gras et des tisanes rentre dans cette catégorie. — Dès que quelqu'un présente de l'acné, de l'eczéma, de l'impétigo, il se trouve toujours une voisine empressée ou une parente à prétentions pharmaceutiques, pour dénicher un onguent plus ou moins antique, par conséquent plus ou moins rance, qui, le plus souvent, a pour résultat d'augmenter l'irritation, d'accroître l'érythème. — Les eczémas, en particulier, sont facilement surexcités et ramenés à l'état aigu par les corps gras, pour peu qu'ils aient subi la fermentation.

Il n'y a pas à s'en étonner, lorsqu'on sait que, chez certaines personnes, dont la peau est très sensible, l'application d'un simple cataplasme, fait avec de la farine de lin qui n'est pas fraîche, ou n'est pas déshuilée, peut être irritante.

C'est surtout au détriment des pauvres enfants dont la tête et le visage sont recouverts d'une véritable carapace de concrétions melliformes d'impétigo, que s'exerce l'empirisme de tous ceux qui veulent rivaliser avec l'école de Saint-Louis. Comme il en résulte de nouvelles poussées vésiculeuses et une irritation plus grande des surfaces rougeâtres, sur lesquelles la pustulation se produit, on se félicite de ce résultat ; tout est pour le mieux ; ce sont les gourmes qui sortent ; c'est le mauvais sang qui s'en va.

Et l'on prolonge ainsi des mois et même des années, sans aucun profit, sans aucune justification logique, une affection répugnante, qui cède généralement avec facilité à des douches tièdes, aux cataplasmes de fécule de riz ou de poudre fraîche de racine de guimauve bien pulvérisée, au bonnet ou au masque de caoutchouc, au lavage avec de l'eau boriquée à quatre pour cent, ou à des compresses imprégnées de la même solution.

Quand il s'agit de l'application de pommades, les médecins eux-mêmes ne se préoccupent pas assez de la valeur et du mode d'action de leurs éléments intrinsèques. Il ne sera pas inutile de poser quelques règles à ce sujet : le cérat et l'axonge rancissent rapidement ; la vaseline, qu'on tend à leur substituer de plus en plus, n'offre pas cet inconvénient et constitue un progrès ; mais elle n'est que peu ou point absorbée, surtout lorsque la peau ne présente pas de solution de continuité.

On a prouvé par des expériences faites sur de la peau de porc fraîche tendue sur un tambour, qu'il n'y avait pas pénétration de la vaseline, à la suite de frictions répétées.

La lanoline offre l'avantage de rester neutre fort longtemps et d'absorber 200 % de glycérine et 105 % d'eau. Des expériences ont été également faites

au tambour et elles ont démontré l'absorption du cinabre, du soufre et autres corps, préalablement associés à la lanoline.

Comme déduction, on doit employer les préparations de vaseline, lorsqu'on ne veut pas que l'absorption se fasse, lorsqu'il s'agit d'agir sur des parasites, comme les pous de la tête et du corps ou de former une sorte de pansement protecteur occlusif; ce que l'on obtient en faisant des mélanges de consistance de pâte (exemple : parties égales d'oxyde blanc de zinc et de vaseline), qui sont facilement maintenus sur le visage, dans les régions axillaires ou inguinales.

Cette circonstance de non absorption, qui est surtout vraie lorsque la peau est indemne, permet d'adjoindre une assez forte dose de mercure à la vaseline et d'éviter les inconvénients d'une application très profonde ; car si on touche une plaque de tricophytie avec du nitrate acide, on peut détruire le follicule pileux d'une façon irrémédiable.

La lanoline répond à d'autres indications sur lesquelles je ne m'étendrai pas ; il me suffira de dire que sa facilité d'absorption la rend précieuse, lorsqu'il s'agit d'agir sur les phénomènes morbides localisés dans les couches profondes de la peau.

II

Après cette petite digression, qui, je l'espère, ne sera pas inutile, je reviens à mon point de départ pour faire le procès des prétendues boissons, dites dépuratives, qui sont encore si usitées dans les campagnes et même dans notre bonne ville de Paris. — J'ai souvent entendu dire à M. Ern. Besnier, l'homme le plus compétent de France quand il s'agit de pathologie cutanée, qu'il ne faut ajouter aucune valeur aux tisanes de pensée sauvage, de douce amère, et d'une façon générale à la plupart des préparations considérées comme dépuratives.

Le mot résonne bien aux oreilles et frappe l'esprit ; mais derrière ce mirage, il n'y a rien.

C'est aussi l'avis du professeur Hardy, qui, dans son Traité des maladies de la peau (page 534) dit ceci, à propos du traitement de la couperose : « On l'a combattue longtemps à l'aide des purgatifs répétés, des boissons amères, des sudorifiques, des jus d'herbes et de toutes les préparations qui font partie de la médication dite dépurante ; je dois me hâter d'affirmer que tous ces remèdes sont au moins inutiles. »

L'adjonction banale de quelques tisanes sans action a beau faire encore partie du bagage thérapeutique de quelques dermatologistes, esclaves des traditions ; ceux-ci, en sacrifiant à des usages populaires difficiles à briser, n'ont en aucune manière l'espoir de purifier spécifiquement le sang de leurs malades.

C'est ce qui les distingue des charlatans criminels, dont les prospectus s'étalent sur les vespasiennes de nos rues. — Ces derniers, par ignorance ou pour mieux exploiter leurs victimes, prétendent les guérir uniquement avec l'usage des sucs de plantes et sans l'adjonction de mercure. — La peur des pilules de proto-iodure ou de la liqueur de Van Swieten, entretenue par ces boniments fallacieux, fait qu'une foule de syphilitiques ne sont pas traités, de bonne heure, comme il conviendrait.

Et plus tard, ils présentent des accidents formidables, des syphilides serpigineuses, gommeuses localisées, des perforations, des lésions mutilantes et térébrantes de la face et du nez, qui ne se seraient pas produites, si le terrain humain avait été préalablement stérilisé.

C'est en effet presque exclusivement dans la syphilis ignorée, et chez les sujets qui n'ont pas été traités au début, que l'on rencontre ces syphilides tertiaires, tuberculo-gommeuses, qu'on a tant de peine à faire disparaître ensuite. Pour réparer le temps perdu, on est alors obligé d'avoir recours largement et simultanément à la médication iodurée et hydrargyrique. — Il aurait mieux valu s'y mettre dès la première heure.

III

Il est un dernier point que je veux aborder : c'est l'emploi de l'alcool à l'intérieur et à l'extérieur. Pour beaucoup d'ouvriers, c'est la panacée universelle ; l'alcool camphré, la teinture d'arnica, se trouvent partout (comme le portrait de certain général) et on y a recours indistinctement, contre les plaies, les brûlures, les maladies de la peau, etc.

L'eau sédative, qui produit pourtant si facilement de la vésication, lorsqu'elle est concentrée, participe à cette faveur exagérée.

Une bonne goutte, un petit verre de raide, pris comme complément, servent à donner du cœur et à tuer les microbes. Or, ces pratiques sont d'autant moins justifiées qu'on pourrait faire dériver de l'alcoolisme toute une série de dermatoses et en faire même la base d'une classification. L'influence néfaste des spiritueux se fait surtout sentir chez les sujets encore catalogués sous l'étiquette d'arthritiques, dont les émonctoires laissent à désirer d'une façon toute particulière. — L'alcool, pris à l'intérieur, ne tarde pas à produire des réflexes fâcheux ; c'est pour eux une sorte de poison et son ingestion a une influence très fâcheuse sur l'acné, l'eczéma et même le psoriasis. Le fait est bien connu dans les services spéciaux, et les lendemains des sorties accordées aux malades de l'hôpital Saint-Louis sont souvent marqués par des rechutes ou des aggravations. — Ces derniers le savent bien, et c'est souvent pour prolonger leur séjour dans les salles, ou se faire admettre de nouveau, qu'ils absorbent de copieuses rasades !

Extérieurement, les lotions alcooliques pures, ou associées à du soufre, ne sont vraiment utiles que dans l'alopécie syphilitique, qu'il ne faut pas abandonner à elle-même et contre l'acné, qu'elle soit huileuse, ou à furfuration sèche.

Les lotions dites antipelliculaires des coiffeurs ne donnent de bons effets que contre l'acné du cuir chevelu, mais irritent les efflorescences superficielles, qu'on désigne à tort sous le nom de pityriasis et qui ne sont que de l'eczéma subaigu, fruste.

C'est même un élément de diagnostic, qu'il est bon de relever.

La conclusion que je voudrais tirer de ces prémisses, c'est que les affections de la peau ne doivent pas être abandonnées au premier venu, pas plus que les autres maladies, qui peuvent atteindre l'économie humaine. — On les aggrave, le plus souvent, en les traitant d'une façon intempestive où en les abandonnant à des médicastres et à des pharmaciens, qui ne sauraient avoir aucune compétence.

S'il n'arrive pas d'accidents plus fréquemment, cela tient à la tolérance du plus grand nombre des individus ; mais il en est d'autres, chez lesquels le tégument est à ce point irritable que l'application la plus légère fait naître quelquefois des altérations hors de toute proportion.

D'ailleurs, l'irritabilité de la peau est très variables, à différentes époques, chez la même personne ; elle est régie par des conditions très complexes d'âge, de sexe, d'état pathologique accidentel, de trouble fonctionnel ou matériel du système nerveux, etc..., si bien qu'une pommade qui aura été inoffensive une première fois, peut produire des désordres graves, six mois après.

La nécessité d'une réserve extrême, dans l'application externe des substances irritantes ou toxiques, s'impose dans les cas les plus anodins en apparence. Les plaques de psoriasis les plus plâtreuses, les placards d'eczéma les plus torpides, les dermopathies de tout ordre, les plus indolentes en apparence, peuvent se réveiller tout à coup et s'aggraver par suite de l'absorption des substances médicamenteuses employées.

Le bain sulfureux lui-même que l'on prescrit encore si facilement, avec des doses élevées de trisulfure, probablement en y attachant une action antiparasitaire, entraîne fréquemment des exacerbations et peut transformer en eczéma rubrum généralisé un eczéma rudimentaire, représenté par une épidermite superficielle.

Mes conseils de prudence se trouvent donc bien justifiés.

En résumé, sans vouloir favoriser l'incurie qui porte à dire, en présence d'une dermopathie qu'on n'a pas appris à traiter : « Ce n'est rien, ça passera tout seul », je voudrais garantir les intéressés contre les conseils imprudents et les directions hasardées. — Les remèdes de bonne femme ne sauraient remplacer l'expérience des spécialistes. Il sont en France assez nombreux et assez dignes d'estime, pour qu'on s'adresse à eux en cas d'insuccès d'un traitement régulier.

Dr GRELLETY.

BULLETIN DES SYNDICATS

ET DE

L'UNION DES SYNDICATS

DIRECTEUR : Dr BARAT-DULAURIER

Le directeur du *Bulletin des Syndicats*, M. *Dulaurier*, prie les nombreux confrères qui lui ont écrit au sujet de l'heureuse convalescence de l'un des membres de sa famille, d'agréer ses remerciements et il s'excuse de n'avoir pu répondre à toutes les lettres, comme il en avait le désir, à cause de nombreux travaux retardés par la maladie dont nous avons annoncé l'issue favorable.

Union des Syndicats médicaux de Seine-et-Oise.

Séance du 27 mai 1888. Procès-verbal et rapports à l'appui des délibérations.

Présents : Dr LEROY, Dr de FOURMESTREAUX, Dr DIARD, Dr BIBARD, Dr SURBLED, Dr ROUSSEAU, Dr HOURLIER.

Absents excusés : Dr BROUSSIN, Dr BARBELET, Dr JEAMME, Dr GIRAUD.

Le Président exprime le regret que la réunion ne soit pas plus nombreuse. Il est essentiel cependant que chaque syndicat donne son avis sur les questions importantes mises à l'étude et prête un appui aussi formel que possible aux décisions qui peuvent être présentées à l'administration.

Le procès-verbal de la dernière séance est adopté.

A la date du 27 mai, l'Union a reçu des syndicats, pour cotisations de 1887 et 1888, la somme de francs 90. Il est encore dû 50 francs. Il a été dépensé 33 fr. 51. En caisse 56 francs 50. Ce compte est approuvé.

Les syndicats du département sont au nombre de sept.

Celui de Versailles comprend 24 membres.

Le syndicat rural de l'arrondissement de Versailles comprend 28 membres.

Le syndicat de Corbeil comprend 23 membres.

Le syndicat de Rambouillet comprend 22 membres.

Le syndicat d'Etampes comprend 14 membres.

Le syndicat du Vexin comprend 16 membres.

Le syndicat de Pontoise comprend 42 membres.

On cherchera à provoquer la formation d'un syndicat dans l'arrondissement de Mantes.

Dans les cinq arrondissements où existent des syndicats, les médecins syndiqués sont de beaucoup les plus nombreux ; ils devront chercher à gagner l'adhésion des autres, et à rallier les hésitants.

Elections du bureau pour 1888.

Président : Dr LEROY, à Villiers-le-Bel.

Vice-Président : Dr de FOURMESTREAUX, à Trappes.

Secrétaire : Dr HOURLIER, à Montlignon.

Echange des procès-verbaux des séances et des travaux sur les questions professionnelles.

Il importe que chacun des confrères syndiqués soit tenu le plus rapidement possible au courant des questions qui nous intéressent. Dans ce but, le secrétaire de l'Union, dans les quinze jours qui suivent la séance, enverra des exemplaires du procès-verbal à chacun des secrétaires des syndicats pour être distribués par leurs soins aux confrères de leur ressort.

Dans chaque syndicat, dans les quinze jours qui suivent chaque séance, le secrétaire enverra des exemplaires du procès-verbal à chacun des secrétaires des autres syndicats pour être distribués aux confrères de leur ressort.

Dans chaque syndicat, si un confrère désire publier une étude sur une question professionnelle, il pourra s'adresser au bureau de son syndicat, qui en fera la publication s'il la juge opportune. Ce travail sera adressé à tous les membres des syndicats de Seine-et-Oise.

Service médical gratuit.

Le Dr Bibard fait connaître le rapport de M. le Préfet au Conseil général. Ce rapport constate que les propositions faites aux communes en 1887 ne peuvent avoir de suite. Leur application entraînerait une dépense beaucoup plus élevée que le crédit inscrit au budget départemental.

Le 1er septembre 1887, le Conseil général a voté, pour 1888, un crédit de 19,000 fr. qui sera réparti « par l'administration, entre les médecins donnant leurs soins aux communes rurales les plus méritantes en raison de leur situation financière et des sacrifices qu'elles s'imposent pour concourir au service médical gratuit ».

Cette base de répartition paraît composée d'éléments obscurs et difficilement appréciables. Il sera demandé à M. le Préfet d'attribuer aux médecins des allocations départementales d'autant plus

fortes que les allocations communales auront été plus faibles comme pour les années précédentes.

Les modifications proposées par le corps médical ne pourront être appliquées, du moins pour le côté financier, avant 1890. Car toutes les communes établissent et votent actuellement leur budget de 1889.

Examen fait de l'organisation adoptée dans une partie des Vosges et dans divers départements, ainsi que du projet présenté par le Dr de Fourmestreaux, président du Syndicat de l'arrondissement de Versailles, l'Union adopte les principes suivants :

L'organisation des services de l'assistance publique paraît, dans certains départements, à peine ébauchée et confuse. Dans Seine-et-Oise, elle est en voie de perfectionnement et de progrès bien évidents.

Dans Seine-et-Oise, l'indigent doit être libre de choisir, en recevant son livret, son médecin et son pharmacien, lesquels doivent aussi être libres de ne pas accepter tel indigent, s'ils ont un motif grave de refus.

Le système des circonscriptions ne doit pas être appliqué à la médecine gratuite.

Les services de l'hygiène, des épidémies, de l'inspection des écoles, de la surveillance des enfants assistés et du premier âge ressortissent à peu près exclusivement au département ou à la police générale. Ils doivent rester distincts de la médecine gratuite qui ressortit aux communes, et où les médecins ne doivent pas apparaître comme délégués de l'autorité.

Le département peut payer les frais des premiers services, mais qu'il se substitue, pour la médecine gratuite, aux communes qui dressent, sans son contrôle, leurs listes d'indigents, et règlent, comme elles l'entendent, leurs dépenses d'assistance médicale et pharmaceutique, cela est contraire à toute logique.

En fait, il y a cette distinction que les frais pharmaceutiques sont en général soldés par les communes, mais que les frais de médecins le sont à peu près pour moitié par le département qui semble de plus en plus consentir à ce rôle de débiteur des médecins des indigents.

Si le département n'intervient pour ainsi dire pas dans le paiement des pharmaciens, et s'il est toujours intervenu dans celui des médecins, c'est que ceux-ci, quand l'assistance des indigents a été établie, étaient investis par lui de fonctions complexes et confuses, ils étaient regardés, même dans l'exercice de l'assistance médicale, comme agents sanitaires.

Dans Seine-et-Oise, cette confusion persiste encore trop dans les inspirations de l'administration, et dans l'esprit de plusieurs conseillers généraux.

Le département peut-il, en l'absence de la loi, forcer les communes à payer les frais médicaux de leurs indigents ? En fait, il les engage à participer à ce paiement ; même il veut priver de toute subvention d'assistance publique celles qui ne consentiraient à faire elles-mêmes aucun sacrifice. Cette menace serait inefficace contre les communes qui y mettraient de la mauvaise volonté. Dans ces communes, les médecins privés de tout droit légal à une indemnité refuseront-ils leurs soins aux indigents ? Les ont-ils jamais refusé quand l'assistance publique n'existait pas ? Les refusent-ils maintenant alors que fort souvent ils ne sont pas payés ? Le dévouement, toujours constant, du médecin ne doit pas le priver de ses droits à une rémunération.

Le département doit insister près des bureaux de bienfaisance ou des municipalités qui ne paient point ou paient insuffisamment la médecine gratuite, les engager à faire tous leurs efforts pour acquitter une véritable dette.

Il peut procéder à un examen minutieux des budgets des communes ou des bureaux de bienfaisance qui ne se croiraient pas en mesure de le faire, prohiber telle ou telle dépense d'un caractère non obligatoire, moins urgent ; au besoin, si une commune montrait trop de mauvais vouloir, lui déclarer qu'elle se verra refuser, dans toute circonstance où elle en jouirait normalement, les subventions et secours du département et de l'État.

Ce ne sont pas toujours les communes les plus pauvres qui ne rétribuent point les médecins.

Certains bureaux de bienfaisance font chaque année des économies et ne paient point leur service médical. Par contre, d'autres communes rétribuent largement leur médecin. Dans ce cas, il est inutile que le département intervienne.

En 1887, l'administration a offert de se charger, pour les deux tiers, des dépenses médicales dans toutes les communes rurales. Son but était d'unifier le service et d'en rendre les frais à peu près fixes. Cette unification absolue n'est d'aucune urgence pour le bien du service. Celui-ci, d'ailleurs, est variable suivant les localités et suivant les années. Il est moins pénible dans les localités pourvues d'hôpitaux que dans celles qui en sont privées, et le nombre des indigents augmente ou diminue d'une année à l'autre.

S'il est des communes qui paient libéralement leurs médecins, c'est qu'elles se rendent bien compte des services rendus.

Les indigents n'ayant pas le souci de la note d'honoraires nous dérangent plus facilement ; beaucoup de pauvres sont admis à la gratuité médicale en raison de leur mauvaise santé habituelle, de leurs infirmités, de leur vieillesse ; ils vivent dans des conditions d'hygiène défectueuse ; ils sont plus atteints par les épidémies ; ils forment la classe de la population qui a le plus besoin de nous, plus notamment que les membres des sociétés de secours mutuels, qui sont admis après avoir fourni un certificat de bonne santé ; dans les cas d'accidents graves, de maladies chirurgicales chroniques, les opérations, pansements et soins divers sont particulièrement difficiles chez les indigents à cause de l'insuffisance des moyens mis à notre disposition.

Aussi, beaucoup de maires et de conseillers municipaux nous ont manifesté leur étonnement, à la vue du faible tarif proposé en 1887 : 3 francs par tête et 0 fr. 50 d'indemnité kilométrique. Il n'est acceptable, en effet, que des communes tout à fait pauvres.

Aux yeux de l'administration, au contraire, le chiffre de 3 francs a paru rémunérateur et plus avantageux pour les médecins que le système actuel. Cela est bien loin d'être exact. A titre de médecins des indigents, le corps médical de Seine-et-Oise reçoit 19,136 fr. des communes rurales, mais celles-ci donnent en outre des gratifications quelquefois assez élevées pour indemnité de logement, pour inspection des écoles, pour constatations des décès, à la condition de ne pas payer les soins donnés à leurs indigents. Dans le système du paiement obligatoire par les communes, celles qui se trouvent dans le cas précédent n'augmenteraient point le montant de leurs dépenses ; elles diminueraient les gratifications de la somme nécessaire à assurer les frais de médecins. Ceux-ci ne recevraient pas plus qu'avec le régime

actuel, n'ayant plus le droit à l'indemnité départementale que le système des gratifications leur laisse ouvert.

D'autre part, l'indemnité départementale de 19,000 francs n'est distribuée qu'entre les médecins qui veulent bien envoyer un rapport sur le service gratuit avec la statistique des épidémies qu'ils ont pu observer. Plus d'une fois la production de ces rapports n'a pu faire valoir les droits de leurs auteurs à une indemnité. Bien des médecins se sont vus oubliés, sans en connaître le motif, dans la distribution de l'allocation départementale. Beaucoup de ceux-là ne veulent plus se donner la peine de faire des rapports. C'est ainsi que leurs confrères qui en envoient dans les conditions prescrites peuvent recevoir des indemnités quelquefois sérieuses, telles que le prix de chacune de leurs visites revient de 0 fr. 85 à 95 centimes suivant les années. Ce chiffre est atteint par certains médecins au préjudice d'un grand nombre de confrères dont l'administration ne tient pas compte. Et ces médecins privilégiés reçoivent quelquefois, en plus, des gratifications communales.

La moyenne du nombre des visites faites à chaque indigent, dans les campagnes, est au moins de cinq par an.

L'abonnement nous paraît préférable.

En demandant 3 fr. par tête, le corps médical estime aussi minime que possible l'indemnité qu'il réclame.

Les communes doivent avoir à payer en outre, suivant un tarif à établir, les grandes opérations, les vaccinations et les accouchements faits par des médecins ou par des sages-femmes.

Quand il n'y a pas de médecin dans une localité, il y aurait à allouer au médecin appelé en dehors de sa résidence une indemnité de 0 fr. 50 centimes par indigent et par kilomètre, la distance étant calculée sur celle qui sépare la commune habitée par l'indigent de la commune habitée par le médecin le plus rapproché.

L'allocation départementale serait répartie entre les communes pauvres qui se trouveraient dans l'impossibilité absolue de payer leurs médecins d'après le tarif minimum.

Dans les communes urbaines, comme dans les communes rurales, les médecins doivent être convoqués pour la confection des listes d'indigents. Ces listes doivent être approuvées par eux. Ils doivent être consultés quand, dans le cours de l'année, la liste primitive vient à s'augmenter, ce qui arrive souvent. Ainsi telle famille n'est pas considérée comme pauvre quand tout son monde jouit d'une santé robuste, mais elle devient indigente si une maladie un peu longue atteint un de ses membres.

Certaines charges de famille, certaines conditions d'âge, etc..., seraient à déterminer qui donneraient droit à la médecine gratuite.

Il est utile que le corps médical présente un projet d'organisation. Le bureau de l'Union reçoit mission de l'élaborer, d'après les principes qui viennent d'être exposés. Les médecins du département sont priés d'adresser leurs observations au secrétaire de l'Union.

(A suivre.)

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU CONCOURS MÉDICAL

M. le Dr Duchein, à Beaulieu-sur-Loire (Loiret), présenté par le docteur Ravier, de Savigny-en-Sancerre (Cher).

M. le Dr Evrain, à Châlons-sur-Marne (Marne), présenté par le docteur Lepage, de Paris.

NOUVELLES

Congrès pour l'étude de la tuberculose. — Nous rappelons à nos lecteurs que ce Congrès doit avoir lieu à Paris du 25 au 31 juillet 1888. Adresser les cotisations à M. Petit, 11, rue Monge.

Conseils académiques. — Par suite d'élections et de nominations, ont été nommés dans les divers conseils académiques ci-après désignés. — *Paris* : MM. Brouardel, Henrot, Luton, Jaccoud, Milne-Edwards, Planchon; — *Aix* : MM. Chapplain, Gourret et Livon ; — *Besançon* : MM. Bruchon et Saillard ; — *Bordeaux* : MM. Moussous, Perrens et Pitres ; — *Caen* : MM. Bourienne, Duménil et Pennetier ; — *Clermont-Ferrand* : MM. Gagnon et Ledru ; — *Dijon* : MM. Gautrelet et Maillard ; — *Douai* : MM. Lenoël, Mollien, Paquet et Wannebrouck ; — *Grenoble* : MM. Allard et Berger ; — *Lyon* : MM. Gailleton et Lortet ; — *Montpellier* : MM. Bertin-Sans, Castan, Diacon et Soubeiran ; — *Nancy* : MM. Bleicher, Coze et Tourdes ; — *Poitiers* : MM. Chédevergne, Danner, Raymondaud et Robert ; — *Rennes* : MM. Delacour, Laennec, Lefeuvre et Meleux ; — *Toulouse* : MM. Basset et Caubet.

Exercice illégal de la médecine et de la pharmacie. — Une curieuse affaire vient de se dérouler devant le tribunal de Saint-Gaudens (Haute-Garonne). M. H. B..., officier de santé à S.-P., adresse une plainte au parquet contre M. E. V., pharmacien dans la même commune, pour exercice illégal de la médecine ; ce dernier répond en dénonçant le médecin comme faisant illégalement de la pharmacie. Les deux plaignants, reconnaissant mutuellement leurs torts, le tribunal les condamne à 35 francs d'amende chacun. (*Echo.*)

— Ont été nommés médecins du bureau central des hôpitaux de Paris à la suite du dernier concours MM. Marie, Netter et Gilbert.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret de faire part à nos lecteurs du décès du docteur Guillier, de Saint-Mandé, membre du *Concours médical.*

— Nous avons le regret de faire part à nos lecteurs du décès de MM. les docteurs Barbry, de Watrelos (Nord) et Guilhembet, de Bordeaux, membres du *Concours médical.*

BIBLIOGRAPHIE

Les Eaux de Cauterets dans le traitement des maladies des femmes. Mémoire lu au Congrès international d'hydrologie de Biarritz, par le Dr Dufourcau, Lauréat de l'École de pharmacie de Paris, ex-interne lauréat des Hôpitaux de Paris. Tarbes, imprim. Perrot-Prat, place Marcadieu.

— *La curabilité de la phthisie du larynx et son traitement chirurgical.* Etude anatomo-pathologique et clinique, par Théodore Heryng, directeur du service laryngologique à l'hôpital Saint-Roch, à Varsovie. Ouvrage traduit de l'allemand avec annotations, par le Dr F. Schiffers (de Liège), avec 3 planches lithographiées. Paris, librairie Carré et Cie.

Le Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André,

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE

Intoxication lente par l'arsenic et acrodynie.

Le procès qui vient de se dérouler devant une cour d'assises du Midi au sujet de l'intoxication de toute une population par un vin contenant quelques milligrammes d'acide arsénieux par litre a eu comme écho une communication de *M. Vidal* (d'Hyères) sur l'empoisonnement lent par l'arsenic.

Il y a quatre périodes. D'abord c'est un simple embarras gastrique ; puis survient une diarrhée tenace; ensuite se montrent des éruptions cutanées diverses (urticaire, roséole) ; enfin des douleurs dans les extrémités des membres. C'est en recherchant la cause de ces douleurs des extrémités (acrodynie) ressenties par ses malades, que M. Vidal a été mis sur la piste de l'empoisonnement et qu'il a fait analyser leur vin où a été découverte la présence de l'acide arsénicux.

Les accidents de l'empoisonnement lent par l'arsenic présentent donc beaucoup d'analogie avec cette maladie singulière, observée de temps à autre sous forme épidémique, l'acrodynie essenticlle, décrite autrefois par Valleix et plus récemment par M. Vidal, médecin de l'hôpital St-Louis, dans le *Dictionnaire encyclopédique*. Peut-être ces épidémies d'acrodynie n'étaient-elles que des accidents provoqués par la présence de sels arsenicaux dans les aliments. M. Th. Roussel avait déjà établi des rapprochements entre l'acrodynie et l'empoisonnement par les sels métalliques.

Phosphatage et tartrate des vins.

Si nous n'arrivons pas à boire du vin sans danger d'intoxication, ce ne sera pas la faute de l'Académie; car elle s'occupe toujours avec sollicitude de tous les procédés de préparation usités par les industriels, signale ceux qui sont dangereux comme le salicylage et l'addition de sulfate de potasse en excès, ou, comme vient de le faire M. *Armand Gautier*, indique les procédés de vinification les moins nuisibles.

Au point de vue de l'hygiène publique, les pratiques du phosphatage ou du tartrage des moûts ne sauraient présenter aucun inconvénient sensible.

Elles ont l'une et l'autre le grand avantage d'augmenter le titre alcoolique des vins en activant la vie des levures viniques et corrélativement en s'opposant au développement des organismes d'où résultent les alcools secondaires et supérieurs, c'est-à-dire les produits les plus nuisibles des alcools de vin.

L'une et l'autre méthode augmente dans les vins la quantité de matières colorantes dissoutes, c'est-à-dire dans une proportion généralement moindre que ne le fait le plâtrage.

Le phosphatage introduit également dans le vin, à l'état de phosphate de potasse et de chaux, 1 gr. ou 1 gr. 5 de sels utiles à la reconstitution des tissus, ceux-là même que nous fournissent tous les jours la viande et le pain.

Le tartrage ne modifie pas sensiblement la composition du vin produit, abstraction faite de l'augmentation de l'alcool et de la couleur, et de la diminution des composés plus ou moins dangereux qui résultent des fermentations secondaires en produisant une fermentation rapide et une défécation plus complète des vins produits, en augmentant leur acidité et leur alcool. Ces deux méthodes paraissent devoir réussir, quand elles seront bien appliquées, à préserver ces vins de toute altération ultérieure.

Traitement des anévrysmes par l'introduction de corps étrangers, dans leur cavité (*filipuncture, méthode de Moore*).

La communication de M. *Verneuil*, qui a occupé deux séances de l'Académie, paraît devoir porter à cette méthode d'une hardiesse frisant la témérité un coup définitif. Après avoir analysé tous les cas dans lesquels cette opération a été faite, M. Verneuil a formulé les conclusions suivantes.

La méthode de Moore, ou filipuncture, essentiellement conçue en vue du traitement des anévrysmes de l'aorte thoracique, est chirurgicalement caractérisée par l'introduction et l'abandon, dans les sacs anévrysmaux, de fils le plus souvent métalliques ;

Physiologiquement, elle repose sur la propriété bien connue qu'ont les corps étrangers, introduits dans le torrent circulatoire, de provoquer la coagulation du sang et la séparation de la fibrine.

Partant de là, on espère que ces caillots et cette fibrine se déposeront d'une part sur les fils, et d'autre part sur les parois du sac, formeront au centre et à la circonférence des masses ou des couches solides, qui combleront en se réunissant la cavité de l'anévrysme, c'est-à-dire amèneront la guérison radicale ou au moins renforceront la paroi de façon à arrêter la marche du mal, à atténuer les accidents, à prévenir ou à retarder la rupture, et ainsi à prolonger plus ou moins la vie.

On compte, pour assurer le dépôt constant et la solidification progressive des caillots et de la fibrine, sur la permanence ou, au moins, sur le séjour prolongé des corps étrangers, et l'on s'appuie sur la tolérance bien connue de l'organisme à l'égard de ces corps étrangers pour proclamer à la fois l'efficacité et l'innocuité de la méthode, laquelle est, d'ailleurs, d'une exécution fort simple.

Voilà pour les espérances et les promesses de la théorie.

Et voici ce qu'a, jusqu'à ce jour, montré la pratique.

Les opérateurs ne sont jusqu'ici d'accord sur aucun point de technique. Presque tous ont imaginé un procédé particulier ou modifié ceux de leurs prédécesseurs, ou associé plusieurs méthodes sans qu'il soit possible aujourd'hui de savoir quelle serait la meilleure marche à suivre.

L'opération est moins facile qu'on ne l'a dit ; parfois elle est restée inachevée ou imparfaitement exécutée, elle a provoqué des accidents graves.

Les corps étrangers introduits dans le sac n'y produisent pas toujours la coagulation du sang et la déposition régulière de la fibrine, et quand, ce qui est la règle, les caillots cruoriques ou fibrineux se forment, ils pèchent le plus souvent tantôt par la quantité, tantôt par la qualité, tantôt par une disposition ou une répartition défectueuse, tantôt enfin par le défaut de persistance, celle-ci n'étant pas assurée par la permanence des fils.

Ces mêmes corps étrangers métalliques ou autres dont, par une singulière contradiction, on désire à la fois la persistance et la disparition provoquent directement, par leur présence, des accidents variés, inflammatoires ou mécaniques, primitifs ou tardifs, en tout cas fort graves.

La filipuncture considérée soit comme opération radicale, soit comme opération palliative et employée contre les anévrysmes profonds, ou contre les anévrysmes externes, a donné jusqu'ici des résultats lamentables et certainement bien inférieurs à ceux qu'ont fournis les autres méthodes chirurgicales ou même médicales.

Elle n'a jamais réussi dans les anévrysmes de l'aorte thoracique pour lesquels elle a été imaginée, pas plus que dans ceux du tronc brachio-céphalique, de la sous-clavière, de la fémoro-iliaque et de la poplitée ; elle paraît plus efficace en cas d'anévrysme de l'aorte abdominale pour lesquels, peut-être, elle mériterait d'être conservée. Elle ne compte que deux succès incontestables, dont l'un facilement obtenu sur l'artère humérale, dans un cas très simple.

Elle n'est pas plus puissante comme opération palliative. Les améliorations qu'on lui attribue sont rares, partielles, minimes, fugaces, imputables parfois à divers moyens associés, et certainement neutralisés en quelques cas par des aggravations promptes et redoutables.

Elle a manifestement soulagé plusieurs patients, mais rien ne prouve qu'elle ait prolongé la vie d'aucun d'entre eux. Tout au contraire, elle a, sans contestation possible, précipité la terminaison funeste dans plus d'un cas, à quoi il convient d'ajouter que la survie opératoire a atteint, pour l'ensemble des cas, une moyenne très faible, infiniment plus courte que par toute autre thérapeutique, y compris l'expectation pure et simple.

La filipuncture a été pratiquée jusqu'ici sur 34 malades dont 30 sont morts bien avant l'expiration de l'année, et pour la plupart avant la fin du premier mois. Il serait injuste de lui attribuer la totalité de ces revers, dont quelques-uns sont manifestement imputables au mauvais état de santé antérieur, aux lésions graves préexistant dans les organes éloignés ou voisins de l'anévrysme, aux conditions anatomiques mauvaises et aux rapports dangereux du sac anévrysmal. Mais la gravité intrinsèque de la méthode n'en est pas moins démontrée par les accidents opératoires, partis trop souvent du trauma lui-même, et par l'aggravation indéniable et rapide des propathies locales et générales.

La pratique n'ayant pas réalisé les espérances de la théorie, la filipuncture ne doit pas être encouragée et on ne saurait conseiller à personne d'y avoir désormais recours.

Syphilis rénale simulant l'hémoglobinurie paroxystique.

M. Millard avait présenté le 13 avril dernier à la Société médicale des hôpitaux une femme de 32 ans comme atteinte d'hémoglobinurie. M. Hayem, qui soigne la malade depuis cette époque, rejette ce diagnostic. Le jour de son entrée dans le service, la malade émit des urines colorées en rouge dont les caractères étaient ceux de l'hématurie: globules rouges; à l'examen spectroscopique deux fai-

bles bandes d'oxyhémoglobine et une bande d'urobiline, mais pas traces de bandes de méthémoglobine ou d'hématine. L'acide acétique et la chaleur décelaient de l'albumine, qui continua à se montrer d'une manière intermittente, surtout au moment des règles.

La malade, exposée à dessein au froid, n'eut plus jamais d'urines sanglantes, mais eut toujours un peu d'albuminurie. Elle accusait en outre des frissons, de l'horripilation, des douleurs lombaires prédominantes à gauche et de la cyanose des extrémités du même côté.

M. Hayem pensa d'abord avoir affaire à une tuberculose rénale. Mais, sous l'influence d'un traitement tonique, l'état général fut promptement amélioré. Comme la malade se plaignait souvent de céphalée, perdait ses cheveux et présentait sur le cuir chevelu, outre du pityriasis, quelques croûtelles, il songea à la possibilité d'une syphilis et institua le traitement spécifique : sirop de Gibert d'abord seul, puis associé à l'iodure de potassium à dose progressive jusqu'à 4 grammes. Les céphalées d'abord, puis tous les signes de l'affection rénale ayant disparu, M. Hayem considère comme probable qu'il s'agissait d'une néphrite syphilitique, caractérisée par une albuminurie paroxystique et des hématuries. Mais l'hémoglobinurie observée par M. Millard chez cette malade du 26 décembre au 2 janvier dernier n'a plus été revue chez elle.

Les caractères de l'accès d'hémoglobinurie sont les suivants.

Celui-ci ne dure qu'un temps très court, quelques heures au plus; lorsqu'on recueille les urines à chaque miction, on voit qu'elles deviennent de plus en plus foncées jusqu'à ce qu'elles acquièrent la teinte du café, puis elles s'éclaircissent progressivement. Pendant tout le temps de l'accès, elles restent translucides.

Au spectroscope on trouve, au moment de l'émission, outre les deux bandes de l'oxyhémoglobine, une bande dans la région du rouge, due à la transformation partielle de l'hémoglobine en méthémoglobine. Ce caractère coïncide avec l'absence de globules rouges dans l'urine.

Les urines hématuriques sont plus rouges et toujours troubles. Au spectroscope, elles laissent voir uniquement les deux bandes d'oxyhémoglobine et on y constate des globules rouges. Mais des urines hématuriques acides, altérables, deviennent plus transparentes et peuvent présenter, au bout d'un certain temps, une bande dans le rouge ; les globules rouges peuvent s'y dissoudre et leurs stromas entraînés avec le dépôt deviennent plus difficiles à reconnaître.

On évitera toute erreur en filtrant l'urine, en la décantant doucement et en traitant une gouttelette du dépôt recueilli par une petite quantité d'eau iodo-iodurée.

Les douleurs lombaires localisées ne se voient qu'exceptionnellement chez les hémoglobinuriques et on ne trouve pas chez eux d'hémoglobine en dehors des accès, que l'on peut toujours provoquer à volonté par l'impression du froid.

Le sérum de la malade examiné à plusieurs reprises a toujours été coloré au rouge cerise et l'est encore aujourd'hui après la guérison; comme elle n'a pas eu d'hémoglobinurie, que devient l'opinion de ceux qui prétendent que la coloration du sérum marche toujours de pair avec l'hémoglobinurie?

M. Hayem a vu que le sang de cette malade placé dans un vase est d'abord normal, puis il prend peu à peu la teinte hémoglobinique par suite de la dissolution lente d'un certain nombre d'hématies.

L'étude du sérum *laqué* reste encore peu connue; M. Hayem en a observé plusieurs cas, notamment chez un malade atteint de néphrite subaiguë avec albuminurie et chez un cardiaque avec forte congestion du foie.

En résumé, M. Hayem incline à penser que la syphilis rénale peut provoquer tantôt l'hémoglobinurie paroxystique a frigore, tantôt une albuminurie paroxystique avec hématuries, le froid et la fatigue jouant toujours le rôle de causes provocatrices par suite d'une grande impressionnabilité du système vaso-moteur des malades.

M. Millard ne se déclare pas convaincu de l'existence de la syphilis chez cette malade, qui d'ailleurs exagère beaucoup ses souffrances et simule même peut-être la céphalée.

MÉDECINE PRATIQUE

Congestion et torpeur du foie dans la convalescence des maladies fébriles.

Bien des états morbides d'apparence symptomatique différente et d'interprétation obscure trouveraient leur explication si on ne négligeait pas assez souvent l'examen méthodique du foie. Dans certaines conditions de climat ou d'exercice médical, on n'y manque jamais; mais je ne pense calomnier personne en disant que bon nombre de praticiens qui font tirer la langue, tâtent le pouls, s'informent des garde-robes, ne se préoccupent pas de palper et de percuter la région hépatique chez *tous* leurs malades. Ils ne le font guère que si le malade accuse une douleur dans l'hypochondre ou s'il a de l'ictère. Dans les pays chauds, au contraire, c'est un souci qu'ont tous les médecins et aussi dans les stations thermales réputées pour les maladies du foie.

Je veux indiquer aujourd'hui par quelques exemples le parti qu'on peut tirer en clinique de l'*examen méthodique du foie*, qui permet quelquefois de découvrir la cause de symptômes obscurs et qui au premier abord peuvent sembler indépendants d'un trouble de cet organe.

I

Mais il faut commencer par rappeler l'extrême complexité des fonctions du foie.

Les recherches des physiologistes contemporains, parmi lesquels je rappelle les noms de Schiff, de Heeger, de mon collègue G. H. Roger, ont mis en lumière la propriété que possède la cellule hépatique d'arrêter, de fixer et de neutraliser certains poisons que le sang lui apporte, poisons charriés par la circulation générale, mais surtout par le système

porte et venus de l'intestin, alcaloïdes végétaux (nicotine, strychnine, etc.), alcaloïdes fabriqués par les microbes de l'intestin (ptomaïnes diverses et poisons putrides sans cesse produits par les fermentations digestives).

D'autres physiologistes nous ont appris que le foie joue un rôle dans la transformation des résidus incomplètement oxydés de la vie des cellules de l'organisme ; pour amener à l'état d'urée, déchet final et facile à éliminer par les reins les produits de destruction des éléments anatomiques, le foie intervient (Brouardel) ; si son fonctionnement cesse ou se ralentit, l'organisme s'encombre de substances plus toxiques et moins faciles à éliminer, acide urique (Salkowsky), ammoniaque, leucine, tyrosine ; la torpeur du foie favorise donc l'auto-intoxication. Mon maître, M. Bouchard a bien mis en lumière ces faits dans son enseignement.

Le foie est encore chargé pour une part de transformer les matières albuminoïdes, les peptones fabriquées par la digestion, en albumine assimilable.

On sait depuis Cl. Bernard que le sucre puisé dans l'intestin par la veine porte se fixe momentanément dans la cellule hépatique à l'état de glycogène et que la cellule ne rend progressivement ce glycogène à l'état de sucre qu'au fur et à mesure des besoins de l'organisme qui l'oxyde pour servir à sa nutrition et à sa calorification.

Cette esquisse rapide et incomplète des fonctions principales du foie, en laissant même de côté la fonction biliaire, nous remet en mémoire beaucoup de circonstances pathologiques dans lesquelles le foie se trouve entravé dans quelques-unes de ses fonctions ou dans toutes.

La *fièvre* à une température élevée, l'hyperthermie, suspend la fonction glycogénique ; or c'est vraisemblablement à l'aide de la matière glycogène que la cellule hépatique neutralise et dénature certains poisons qui lui sont apportés par le sang (Roger) : aussi dans toutes les maladies infectieuses à fièvre haute et prolongée, le foie, par le fait seul de la fièvre, et abstraction faite même des lésions anatomiques de dégénérescence auxquelles ses éléments sont exposés (Landouzy et Siredey), fonctionne moins activement au point de vue de la destruction des poisons. Or, dans ces maladies, les poisons sont précisément formés en surabondance dans l'organisme, soit par la vie des agents infectieux, soit par la destruction accélérée des cellules de tout l'organisme (consomption fébrile).

La production des poisons étant plus grande et leur destruction par le foie moins rapide, le fébricitant est sous le coup d'une auto-intoxication d'autant plus grave que sa fièvre est plus élevée, et les accidents ataxiques et adynamiques des fièvres sont pour une bonne part sous la dépendance de l'arrêt des fonctions hépatiques.

Le moyen d'y remédier, c'est d'une part de combattre l'hyperthermie en elle-même : lotions, balnéation froide, ou tiède et graduellement refroidie.

C'est, d'autre part, de fournir au foie la matière glycogène qui lui fait défaut : de là la nécessité, reconnue depuis Hippocrate, de donner aux fébricitants des boissons abondantes et sucrées ; la *ptisane* hippocratique était une décoction d'orge plus ou moins concentrée et *sucrée* avec du miel, les tisanes, dont la thérapeutique moderne a de plus en plus délaissé l'emploi, méritent donc d'être conservées dans leurs éléments essentiels, l'eau et le sucre, pour les maladies aiguës fébriles.

La précaution d'évacuer périodiquement le contenu intestinal dans les maladies par des purgatifs salins et des lavements, est encore légitimée par l'indication d'entraîner hors du corps ces matières putrides dont une partie est absorbée et amenée au contact des cellules hépatiques.

Quand une maladie infectieuse hyperpyrétique a sévi sur l'organisme, le foie, dont les fonctions ont été si longtemps suspendues ou diminuées, ne les récupère pas immédiatement dans leur plénitude, la persistance d'une certaine torpeur hépatique est une des caractéristiques de la *convalescence*.

Or il est une faute que commet trop souvent le médecin, c'est de ne pas ménager assez longtemps le travail à cet organe encore incomplètement rétabli. On laisse le convalescent se gorger à son gré de nourriture ; plus souvent même on l'y excite. L'appétit se réveille d'ordinaire impérieux, ce qui se conçoit aisément, puisque l'organisme demande à réparer les pertes que lui a fait subir la consomption fébrile, et il semble logique au convalescent comme à son entourage d'user largement et sans réserve des aliments les plus réparateurs. Mais le médecin, qui sait ou qui devrait savoir que le foie, encore paresseux, n'a pas recouvré la totalité de ses fonctions, aurait le devoir d'avertir malade et famille des inconvénients d'une suralimentation imprévoyante et prématurée. Trop souvent il est le premier à exciter le malade à faire excès de nourriture, il lui suggère même l'usage des prétendus toniques, au premier rang desquels l'alcool.

L'alcool, qui sous les formes de grog, de potion de Todd, a été largement utilisé pendant la période fébrile, continue à faire partie, et même avec plus d'abondance encore, de l'alimentation du convalescent, sous les formes les plus variées, comme apéritifs, digestifs, que sais-je ? vin de quinquina, vieux Bordeaux, vins de liqueurs, élixirs stomachiques. J'ai déjà écrit ici, et c'est ma conviction profonde, que l'abus de l'alcool est une des manies les plus regrettables des médecins contemporains, manie au moins aussi préjudiciable à la santé publique que l'était en sens inverse la saignée de Broussais et de ses élèves.

II

Je veux citer à l'appui de cette opinion trois faits que j'ai observés et qui me semblent démonstratifs au point de vue de la façon défectueuse dont l'*alimentation des convalescents* est surveillée ou conduite.

J'ai été appelé auprès d'une jeune femme qui à la suite d'accidents puerpéraux se remettait lentement ; la fièvre était tombée depuis quelque temps, mais l'appétit, qui s'était réveillé pendant quelques jours, avait fait de nouveau place à l'anorexie, la langue était sale, en outre la malade avait de l'insomnie,

des cauchemars, quelques vomituritions matinales, dans le jour un état d'irritabilité constant. Sur la table de nuit je fus frappé dès l'abord d'un déploiement extraordinaire de bouteilles, de tailles, de couleurs et de formes diverses. Je me garderai bien de citer les noms des spécialités dites toniques et reconstituantes qui figuraient là, j'aurais l'air de leur faire de la réclame, ou bien leurs inventeurs me feraient un procès en diffamation; je me contenterai de dire que, sous prétexte de servir de véhicules à des principes médicamenteux réputés reconstituants, toniques ou digestifs (quinquina, phosphates, colombo, pepsine), se trouvaient dans ces nombreuses fioles les vins et les liqueurs les plus divers, n'ayant entre eux de commun que leur richesse en alcool. Et c'était *par ordre médical* que la jeune femme était en voie de s'alcooliser ainsi, sous prétexte de se tonifier, de refaire ses globules sanguins, etc....! Elle avait du tremblement des mains, un foie débordant notablement les fausses côtes, sensible à la palpation, et tout le cortège nerveux de l'alcoolisme au début. J'exprimai nettement au confrère l'opinion que j'avais de cette médication incendiaire ; je dois dire que, comme j'étais le plus jeune, il refusa de s'y rallier et préféra se retirer ; la famille voulut bien jeter toutes les fioles, ou les faire boire par d'autres que la malade, qui au bout de quelque temps fut débarrassée de sa congestion du foie et de ses autres accidents alcooliques.

Deuxième fait. — A la suite d'une maladie fébrile de quatre à cinq semaines — sur la nature de laquelle planaient quelques doutes parce que trois médecins avaient successivement été appelés et, n'ayant vu chacun qu'une partie de l'évolution, n'avaient pu se mettre d'accord sur le diagnostic, — mais qui, suivant la vraisemblance, devait avoir été une fièvre typhoïde, — je fus appelé à voir un jeune homme dont la convalescence était entravée par l'existence d'accès de fièvre survenant plusieurs fois par jour. Le médecin traitant pensait que l'impaludisme n'était pas étranger à l'événement ; le sulfate de quinine était donné et surtout des préparations de quinquina variées à bases de vins d'Espagne ou de France. En outre, pour ramener les forces et la santé, on faisait prendre au jeune homme autant de repas copieux qu'il pouvait en supporter, beaucoup de viande et de vin, des liqueurs, chartreuse, etc.

L'examen des heures auxquelles revenait l'hyperthermie, correspondant à chaque période digestive, précédée de malaise à l'épigastre et dans l'hypochondre droit, de congestion céphalique, la constatation d'un foie débordant de trois travers de doigt les fausses côtes, très douloureux au palper, sans parler d'une atonie de l'estomac qui clapotait bien au-dessous de l'ombilic, me firent admettre qu'il s'agissait d'une fièvre intermittente d'origine hépatique. Toute boisson alcoolique fut supprimée, l'alimentation réduite à un litre et demi de lait et à six ou huit œufs pris en quatre repas, une révulsion soutenue sur la région hépatique, l'usage de quelques pilules de calomel et l'antisepsie gastro-intestinale amenèrent la guérison en quelque temps; ce qui prouva péremptoirement que la fièvre était bien liée à la congestion périodique du foie pendant les digestions laborieuses et trop fréquentes, c'est que le degré de la température fut progressivement de moins en moins élevé au fur et à mesure que le foie diminua de volume et devint moins sensible. La fièvre ne céda pas brusquement, les accès revenaient aux mêmes heures pendant la digestion, mais ils étaient de plus en plus courts.

Troisième fait. — J'avais soigné un jeune garçon pour une fièvre typhoïde, concurremment avec un de mes maîtres et un confrère, parent de l'enfant. La maladie avait été longue et grave, accidentée notamment d'une violente hémorrhagie intestinale et de complications pulmonaires fort inquiétantes. La convalescence établie, mon maître se retira, et, comme il constatait encore au sommet d'un des poumons les signes d'une congestion persistante, il laissa entrevoir à notre confrère la crainte d'une évolution tuberculeuse possible et engagea à alimenter vigoureusement le convalescent. Notre confrère et la famille prirent à cœur cette recommandation, trop à cœur même, ou du moins ils interprétèrent mal le mot d'alimentation vigoureuse, l'excès en tout est un défaut. Outre la viande, les œufs, le lait et autres aliments nutritifs, on appela à la rescousse l'alcool sous forme des vins trop généreux, parmi lesquels, probablement, l'inévitable vin de quinquina au Malaga, au Lunel ou au Grenache, etc., je pus m'en apercevoir trois semaines après. On me raconta avec inquiétude que le convalescent présentait depuis quelques jours des accidents nerveux étranges : excitation cérébrale, irritabilité d'humeur, insomnie ou cauchemars, mais surtout, phénomène plus rare, hallucinations diurnes pendant la période digestive; l'enfant voyait défiler devant lui, dans un coin de la chambre, une procession de personnages vêtus de longues robes, ressemblant, disait-il, à des évêques. Je reconnus ces grandes « hallucinations silencieuses et solennelles » dont parle mon maître Bouchard à propos de l'auto-intoxication d'origine digestive. L'examen organopathique me fit constater un estomac dilaté et un foie congestionné, gros et douloureux au palper. Là encore une hygiène alimentaire mieux conduite fit disparaître en peu de temps les troubles gastro-hépatiques et leurs conséquences.

Mais ce n'est pas seulement dans la convalescence des maladies aiguës que le foie doit être surveillé parce que le trouble de ses fonctions peut amener des conséquences fâcheuses et obscures. Il me reste à citer des cas où les troubles fonctionnels du foie, latents ou méconnus, donnent la clef de symptômes obscurs et inquiétants chez des individus réputés bien portants.

(*A suivre.*) P. Le Gendre.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Service de Santé de la Marine

Le corps de santé de la marine est chargé d'assurer le service médical et pharmaceutique dans les hôpitaux et arsenaux maritimes, sur les bâtiments de la flotte, dans les colonies, dans les régiments d'artillerie et d'infanterie de marine. L'organisation

de ce corps est réglée par les décret et arrêté du 24 juin 1886. Les officiers du corps de santé de la marine sont placés sous le régime de la loi du 19 mai 1834 concernant l'état des officiers. La hiérarchie du corps comprend les grades ci-après :

Service médical. — Directeur du service de santé ; médecin en chef ; médecin principal ; médecin de première classe ; médecin de deuxième classe, titulaire ou auxiliaire.

Service pharmaceutique. — Pharmacien en chef ; pharmacien principal ; pharmacien de première classe ; pharmacien de deuxième classe, titulaire ou auxiliaire.

Le recrutement du corps de santé de la marine a lieu par la nomination, sans concours, à l'emploi de médecin ou de pharmacien auxiliaire de deuxième classe, de candidats âgés de moins de vingt-huit ans et justifiant de la possession du diplôme de docteur en médecine ou du titre de pharmacien universitaire de première classe. Tout candidat à l'emploi de médecin ou de pharmacien auxiliaire de deuxième classe doit être Français ou naturalisé Français et joindre à l'appui d'une demande adressée au ministre de la Marine et des Colonies (direction du personnel. — 4e bureau): 1o son acte de naissance ; 2o son diplôme de docteur en médecine ou de pharmacien universitaire de première classe, suivant qu'il se destine à la médecine ou à la pharmacie ; 3o Un certificat délivré par un médecin militaire ou un médecin de la marine constatant qu'il est propre au service militaire ; 4o un certificat de bonne vie et mœurs et un extrait pour néant du casier judiciaire ; 5o un certificat constatant sa situation au point de vue de la loi sur le recrutement de l'armée. Les médecins et pharmaciens auxiliaires de deuxième classe portent l'uniforme et reçoivent la solde et les accessoires de solde des médecins et pharmaciens titulaires de deuxième classe.

Tarif des pensions de retraite pour ancienneté de services (art. 9 de la loi du 18 avril 1831).

GRADES	MINIMUM à 25 ou 30 ans de service	ACCROISSEMENT pour chaque année de service au delà de 25 ou 30 ans	MAXIMUM à 45 ou 50 ans de service, campagnes comprises
	fr.	fr.	fr.
Directeur	6.000	100	8.000
Médecin et pharmacien en chef	4.500	75	6.000
Médecin et pharmac. principal	3.000	50	4.000
Médecin et pharmac. de 1re cl.	2.300	50	3.300
Médecin et pharmac. de 2e cl., entretenus et auxiliaires	1.700	40	2.500

Les docteurs en médecine ou les pharmaciens universitaires de première classe nommés médecins ou pharmaciens auxiliaires de deuxième classe, sont dirigés sur l'une des trois écoles de médecine navale de Brest, Rochefort ou Toulon, où ils suivent, pendant six mois, des cours d'hygiène navale et de pathologie exotique. A l'expiration de cette période, ils sont employés en sous-ordre, soit à la mer, soit aux colonies. Après deux années passées en qualité de médecin ou de pharmacien auxiliaire de deuxième classe, ils sont nommés au grade de médecin ou de pharmacien titulaire de deuxième classe. Ils reçoivent alors, s'ils contractent l'engagement de servir 10 ans dans la marine, une somme représentant le montant des frais universitaires résultant de l'obtention du titre de docteur en médecine ou celui de pharmacien universitaire de première classe. Les médecins ou pharmaciens de deuxième classe, comptant deux années dans ce grade, peuvent passer médecins ou pharmaciens de première classe, soit au choix, soit à l'ancienneté. Les médecins ou pharmaciens de première classe, les médecins ou pharmaciens principaux, les médecins en chef peuvent être promus au grade supérieur lorsqu'ils comptent au moins trois années dans leur grade, dont deux ans à la mer ou aux colonies. Il est compté pour la retraite quatre années de services, à titre d'études préliminaires, aux officiers du corps de santé admis avec les diplômes universitaires dans la marine.

Solde annuelle des Officiers du Corps de Santé suivant les positions qu'ils occupent.

GRADES	SOLDE à LA MER	SOLDE A TERRE — DANS LES PORTS — Solde de grade	DANS LES PORTS — Indemnité de logement	DANS LES PORTS — Totaux	AUX COLONIES — Solde de grade	AUX COLONIES — Indemnité de logement	AUX COLONIES — Totaux
	fr.	fr.	fr.	fr.	fr.	fr.	fr.
Directeurs de 1re classe	»	12.012	1.212	13.224	»	»	»
Directeurs de 2e classe	»	10.004	1.212	11.216	»	»	»
Médecins et pharmaciens en chef	9.814	8.185	966	9.151	10.686	1.932	12 618
Médecins et pharmaciens principaux	6.745	5.608	720	6.328	7.616	1.441	9.056
Médecins et pharmaciens de 1re classe	4.168	3.486	360	3.846	5.722	720	6.442
Médecins et pharmaciens de 2e classe entretenus et auxiliaires	3.031	2.539	246	2.785	4.547	492	5.039

— Nous avons reproduit la notice qui précède, publiée par le *Progrès médical*, parce qu'elle peut fournir aux jeunes docteurs une carrière immédiate et honorable, pour peu qu'ils aient le désir de voyager, tout en s'assurant plus que le nécessaire.

Un médecin trop jeune pour la pratique civile, si pénible parfois, un médecin qui n'a pas réussi dans ses premières tentatives d'installation, surtout un médecin célibataire, s'ils entrent dans le *service de santé* de la marine, y rencontreront parfois la carrière convenable à leurs goûts, à leurs aptitudes.

Après deux ans de carrière, ils seront fixés amplement, et qu'ils deviennent titulaires ou qu'ils déposent l'uniforme, ils n'auront certes pas perdu leur temps. H. C.

La vérification des poids et mesures pour les médecins.

Dans la correspondance du journal, nous avons fait une réponse erronée sur ce sujet. On peut ré-

clamer comme nous l'avons conseillé et bien souvent il sera fait droit à la réclamation par le contrôleur des Finances ; mais le droit n'est pas du côté du médecin.

Des médecins mal renseignés ont pensé que le peu de pharmacie qu'ils pouvaient vendre ne les obligeait pas à avoir les poids et les balances règlementaires et ont résisté aux injonctions de l'administration. Elle a été tolérante à cet égard, mais le médecin est tenu au payement de la taxe de vérification. Il est vrai que le médecin n'a pas officine ouverte, mais il débite au poids et cela suffit pour l'obliger à avoir les instruments réglementés et vérifiés par la loi.

Le Conseil d'Etat en a décidé par un arrêt du 20 septembre 1859 et a ainsi annulé l'arrêté du conseil de préfecture de l'Aube qui avait déchargé un médecin et l'a rétabli sur la liste dressée par le préfet des professions soumises à la vérification et passibles de la taxe. »

Cession de clientèles (1).

MESSIEURS,

Je vais vous parler, Messieurs, de la cession ou vente de clientèle. De clientèle médicale, bien entendu ; car vous parler des autres vous toucherait peu et m'entraînerait trop loin. Il semble que les contrats de cette nature ne sont pas aussi usités qu'autrefois et que leur nombre tend à décroitre. Ils sont cependant encore assez fréquents et entrés assez avant dans les mœurs d'une partie de la population médicale. Les difficultés soulevées par l'un d'eux ont failli dernièrement se trancher au Palais ; de sages influences ont heureusement réussi à les aplanir ; c'est aussi dans ce but que je m'efforcerai de rechercher si de tels contrats sont légitimes et quelles sont les conditions requises pour en assurer la validité. Ecoutez, en effet, un conseil bien désintéressé dans ma bouche : les médecins ont beaucoup à perdre et bien peu à gagner à soutenir des procès contre leurs clients ou leurs confrères ; ils n'aboutissent le plus souvent qu'à voir leur valeur discutée, leur dévouement méconnu, leur désintéressement mis en doute sous les yeux d'un public crédule, quelquefois malveillant, presque toujours frondeur.

Tous ceux qui, dans ces derniers temps, ont écrit sur l'exercice de l'art médical se sont préoccupés de la cession de clientèle, et la plupart, négligeant de traiter la question au point de vue du droit, l'ont examinée au point de vue des convenances et de la dignité professionnelles. Il faut bien reconnaitre que, sans se faire les champions de la cession de clientèle, ils se montrent presque tous favorables à l'idée de sa vénalité. Ils se réclament, en effet, de la doctrine utilitaire si en faveur de nos jours ; ils sourient de ceux qui regardent la profession médicale comme un sacerdoce et toute question d'argent qu'on y veut rattacher comme un véritable sacrilège. Il ne faut pas, disent-ils, que la générosité du cœur obscurcisse l'intelligence des choses de la vie. Il faut être de son temps ; et surtout dans notre siècle, avant de satisfaire les besoins d'un ordre élevé, il faut faire aux besoins matériels la part qu'ils réclament avec une impérieuse énergie. Les anciens, nos maitres en tout, l'ont dit il y a longtemps dans une phrase que sa profonde vérité a condamnée à devenir banale. *Primum vivere, deinde philosophari.* La vie d'abord, la science après. Gardons-nous de fouler aux pieds ce précepte de sagesse éternelle; et tout en regrettant de ne pouvoir dédaigneusement l'écarter, il faut bien, dans les professions libérales, faire une place à la question d'argent. Cette place sera toujours petite : dans l'indépendance de leur cœur, les clients, soyez-en sûrs, se chargeront de ce soin.

Dès lors, pourquoi condamner une convention qui est de nature à sauvegarder des droits acquis et à donner satisfaction à des aspirations légitimes ? Voici, par exemple, un médecin de grand talent, entouré d'une nombreuse clientèle. Il a conquis le succès, au prix de quels efforts, vous le savez. Cette clientèle constitue un capital considérable. Fécondé par le travail, ce capital produit chaque année des revenus réguliers et peut-être croissants. Mais ce médecin aspire au repos ; il veut, loin du tracas que donnent les clients, consacrer tout son temps à ses études favorites. Sa clientèle va-t-elle se disperser ? Ce capital va-t-il s'évanouir sans compensation ? Pourquoi cette déchéance ? Est-ce parce qu'il a été acquis à force de talent et au prix du labeur le plus rude en renonçant aux plaisirs, en prélevant sur le temps nécessaire au repos, en goûtant hâtivement les saintes joies du foyer domestique ; et quand d'autres peuvent transmettre *intégralement* les biens qu'ils tiennent du hasard, de la naissance ou des sourires capricieux de la fortune, peut-il léguer à sa famille tout au moins partie de ce qu'il a si laborieusement acquis ?

Voici encore le médecin de campagne ; il en est peu de plus méritants, mais peu aussi de plus mal récompensés. Son travail constant est modeste, son grand dévouement est obscur. Il n'a même pas toujours la consolation d'être payé de reconnaissance et se voit souvent dédaigné pour un ignorant empirique ou un prétendu guérisseur. A son rude métier, l'âge et les infirmités arrivent vite, si vite qu'elles laissent bien loin derrière la fortune ou même l'aisance en chemin. La vente de sa clientèle lui liquide une petite pension de retraite et si elle peut mettre à l'abri du besoin les derniers jours d'une existence si bien remplie, est-ce un mal ?

Et remarquez que la cession de clientèle ne favorise pas uniquement le vendeur au profit de l'acheteur rançonné. Ce dernier lui aussi trouve son avantage. Les carrières libérales sont encombrées, et la médecine est assurément celle que vient le plus enrichir chaque année un concours de jeunes talents. Ils ont tout obtenu, diplômes et éloges. Il leur reste à trouver des malades voulant bien permettre à ces nouveaux docteurs de dépenser à l'intention de les guérir les trésors accumulés de leur science. Les postes vierges de médecins sont dans notre pays tellement rares qu'on peut les dire introuvables. Le débutant ira donc se fixer dans un endroit où un vieux médecin visite seul la clientèle, nourrissant l'espoir secret de voir dans peu d'années s'ouvrir sa succession et de la recueillir. D'abord tout est pour le mieux, on échange saluts, visites, politesses, mais le naturel chassé revient au galop ; on aura beau faire, l'un croira toujours que son jeune ami voudrait le voir mort et l'autre pensera que son vieil ami voudrait le savoir loin. La guerre couve et un rien la fait éclater au grand détriment des deux intérêts particuliers et surtout de l'intérêt général et supérieur de la dignité et de la confraternité professionnelles. Combien il est préférable qu'une équitable indemnité décide le vieux docteur

(1) Ce travail a été lu par M[e] *Duthil*, Conseil judiciaire de l'*Association de la Gironde* (séance de juillet.)

à goûter un repos bien mérité et à laisser le champ libre à celui à qui l'expérience viendra et qui a déjà pour lui la foi, l'ardeur et le bonheur de la jeunesse.

Certes, ces arguments sont spécieux, il serait puéril de le méconnaître et l'on ne m'accusera pas d'avoir, en avocat moins consciencieux qu'habile, cherché en les exposant à les affaiblir. Cependant ils n'ont point réussi à me convaincre. Sans doute, dans certains cas, celui du médecin de campagne notamment, la vente de clientèle peut produire d'heureux résultats ; mais dans la plupart ses bons effets me paraissent des plus discutables. Quant aux raisons tirées du droit de propriété, du capital accumulé, elles me touchent peu. Topiques si elles visaient la clientèle d'un commerçant, elles sont de peu de poids au regard de la clientèle médicale. C'est que le but du médecin n'est pas de s'enrichir, il sait qu'il n'y a pas de chemin plus détourné que l'exercice de son art pour arriver à la fortune. La conscience satisfaite du devoir accompli, le légitime orgueil d'une mission noblement remplie, voilà ce qu'il ambitionne.

Si donc il recherche la clientèle, ce n'est point pour lui faire rendre tout ce qu'elle pourrait donner de profits, mais bien pour mettre au service de l'humanité son dévouement et sa science. Sans doute, le médecin a droit à des honoraires, juste récompense des services qu'il rend, car sa profession doit le faire vivre et tous les moyens légitimes qu'il emploie pour assurer son exacte et complète rémunération sont dignes de protection et de respect. Mais lorsqu'il se retire, il ne doit point laisser survivre à ses services et à ses soins, je ne sais quelle indemnité qui ne saurait trouver dans l'exercice de son art sa nécessaire *contre-partie*. La clientèle ne peut donc constituer par elle-même *et en dehors des soins que lui donne le médecin une source de bénéfices*. Aussi faire argent de sa transmission à autrui est-il un acte qui jure avec l'idée vraie que tout médecin doit se faire de sa profession, sans parler des grandes traditions de générosité charitable, qui, non moins que sa science incontestée, ont élevé si haut le renom du Corps médical. Il faut donc souhaiter de voir la cession de clientèle restreinte aux cas où il serait trop rigoureux de la prohiber ; elle est susceptible de tolérance, elle n'est pas digne d'encouragement.

J'en ai fini, Messieurs, avec ces considérations d'ordre purement déontologique. Peut-être pensez-vous qu'il convenait d'y insister davantage, mais le lien qui m'unit à vous est encore trop récent pour que déjà il n'y ait pas de ma part quelque audace à les aborder. Il me reste à traiter le sujet par son côté juridique. En droit, un médecin peut-il vendre sa clientèle ? Un tel contrat est-il licite et pour assurer la bonne exécution de ses clauses peut-on demander utilement la protection des tribunaux ?

En principe, que peut-on vendre ? L'article 1598 du Code civil répond à la question : « Tout ce qui est dans le commerce, dit en effet ce texte, peut être vendu lorque des lois particulières n'en ont pas prohibé l'aliénation. »

Je ne connais pas de loi qui défende spécialement à un médecin de vendre sa clientèle. Sans doute, le législateur est intervenu pour régler l'exercice de la médecine. Personne ici ne s'en plaindra. S'il est, au contraire, un vœu à formuler, c'est de voir cesser la mollesse avec laquelle on poursuit et la mansuétude avec laquelle on réprime le brigandage médical. Mais il faut constater que si le législateur a cru devoir protéger particulièrement la santé des simples d'esprit contre les pratiques du charlatanisme, en ce qui touche la clientèle des médecins, il n'a apporté aucune dérogation aux principes généraux posés par le Code.

(A suivre.)

BULLETIN DES SYNDICATS
ET DE
L'UNION DES SYNDICATS

DIRECTEUR : Dr BARAT-DULAURIER

Union des syndicats médicaux de Seine-et-Oise (*Suite*).

Inspection des enfants en nourrice.

En 1887, l'administration s'est plainte des médecins inspecteurs ; ceux-ci se sont plaints de l'administration. Cette situation respective n'est pas nouvelle.

Depuis quelques mois, l'administration fait des efforts pour y remédier. Du moins, certains inspecteurs ont été mieux traités par elle qu'ils ne l'avaient été jusqu'ici. Cependant, le corps médical a toujours compris l'extrême importance du service dont il s'agit. Il s'acquitte généralement de son devoir avec zèle et dévouement ; et il lui a été rendu hommage à diverses reprises. Il voudrait ne plus avoir aucun débat avec l'administration et voir écarter les circonstances qui y ont donné lieu.

L'administration a dit aux inspecteurs : J'ai d'autant plus le droit de recourir à tel moyen de contrôle qui me plaît, et de vous demander l'envoi régulier de bulletins mensuels que j'augmente d'année en année votre allocation. Puisque vous n'envoyez pas de bulletins, c'est que vous êtes moins dévoués au bon fonctionnement du service que vos confrères d'autres départements, de l'Eure en particulier. A ces plaintes, les médecins répondent que l'administration fait sonner bien haut des honoraires qui se réduisent, quand ils sont envoyés, à des sommes dérisoires ; que, pour un service payé mal et irrégulièrement, on leur demande une besogne fastidieuse ; qu'au surplus, à ceux qui, en 1886, se sont pliés aux exigences administratives, il n'a pas été tenu plus compte de leur bonne volonté que par le passé, que la rédaction des bulletins mensuels est inutile ; que dans les cas urgents les médecins ont toujours fait le nécessaire, informé le Préfet par avis spécial et pris des mesures de police qui souvent leur ont valu quelques désagréments.

Bref, les inspecteurs ont été fatigués et ennuyés des requêtes à eux adressées par une administration qui semblait manquer aux engagements pris à leur égard.

C'est une situation fausse. Pour la faire cesser, l'Union des Syndicats proposa, en 1887, une organisation qui fonctionne dans un département voisin. L'Union reconnaît aujourd'hui l'excellence du système des circonscriptions. Si au début l'inspection a été considérée comme analogue au service médical des indigents, c'est avec raison que des circulaires préfectorales sont intervenues pour déterminer avec précision le rôle du médecin inspecteur et lui donner bien plus d'importance que ne l'avait prévu le texte de 1877. L'institution des commis-

sions locales est loin d'être générale. Partout où elles n'existent pas, la surveillance incombe au maire et à l'inspecteur. Puis, il est reconnu que c'est celui-ci qui supporte presque tout le fardeau de la surveillance. Il est investi d'une fonction dans laquelle il est délégué de l'autorité. Il doit délivrer gratuitement les certificats aux nourrices de sa circonscription. Ainsi, l'inspection est devenue une *fonction de police*, comme elle l'est dans la Seine. Cela doit être. Choisi par les parents du nourrisson ou par la nourrice, le médecin aurait moins d'autorité. Il est d'autant plus utile qu'il est plus indépendant.

En Seine-et-Oise, l'administration a fait tous ses efforts pour bien organiser la surveillance des nourrices. Elle y a réussi. Elle cherche à rendre, par des perfectionnements, l'inspection encore plus sérieuse. Ce serait aller contre les excellents principes qui la guident que de demander l'abolition des circonscriptions.

Les inspecteurs qui désirent voir leurs circonscriptions modifiées ou allégées de communes qu'ils ne visitent pas habituellement peuvent en faire la demande au Préfet, qui, sans doute, y accédera.

Les rapports intéressants de l'inspecteur départemental font connaître les principales causes qui ont empêché les promesses d'indemnité de recevoir leur effet. D'abord, il y a du retard dans le dépouillement des livrets et des bulletins, ce qui tient aux fonctions multiples et très absorbantes de l'Inspecteur départemental qui était jusqu'ici privé d'aide. Puis, les crédits votés sont insuffisants. L'administration s'est endettée tous les ans de plus en plus à l'égard des médecins. C'est ainsi qu'en janvier 1888, elle leur devait encore des honoraires pour 1885 et années antérieures. La plupart des médecins ne connaissent pas cette situation. Elle n'est pas suffisamment avouée : et ils ne voient qu'incertitude et irrégularité dans leurs émoluments.

L'Union des Syndicats désire que chaque inspecteur reçoive communication du compte qui l'intéresse. Ainsi, l'administration évitera les soupçons de négligence et de partialité qui ont pu être formulés.

Les Drs de Fourmestreaux et Galvani ont proposé la suppression du carnet des bulletins de visite. Les bulletins feraient partie du livret de la nourrice ; et l'inspecteur les en détacherait au moment de ses visites pour les adresser à la mairie. Ce système serait très pratique. L'administration observera que les mentions indiquées sur les bulletins seraient à grand tort inscrites sur les livrets, car trop souvent elles ne sont pas à l'avantage des nourrices, qui pourraient même les lacérer.

Les idées exprimées dans ce rapport ont été émises par les divers membres présents à cette réunion trop peu nombreuse pour prendre des décisions qui engagent l'opinion de l'Union des syndicats de Seine-et-Oise.

Le Dr de Fourmestreaux a bien voulu se charger de présenter ce procès-verbal à la préfecture et de demander une réunion de la Commission avant la la session du Conseil Général.

Le Secrétaire, Dr Hourlier. — *Le Président,* A. Leroy.

Syndicat des vallées de l'Aisne et de la Vesle.

6e *année, 24e séance.*

L'an 1888, le 26 juin les membres du Syndicat se sont réunis en la demeure du secrétaire à Beaurieux. Après un déjeuner confraternel offert par le secrétaire, la séance a été ouverte par le président à 2 h. 1/2. Étaient présents : MM. Fené, membre d'honneur ; Dulieu président honoraire ; Ancelet président ; Bracon, vice-président ; Lécuyer, secrétaire général ; Faille, Henrionnet ; Delaporte, Deligny.

Etaient représentés MM. Dupuy, président de l'Union des Syndicats, Herbillon, Pichancourt, Godart, Joffroy.

Le secrétaire expose que le Dr Vignon (de Ville-en-Tardenois) a refusé sa cotisation de 1887, il propose de le considérer comme démissionnaire (adopté).

L'ordre du jour appelle le rapport du secrétaire sur *l'Assistance publique dans les campagnes*.

Mes chers confrères, dans notre dernière séance, vous m'avez chargé d'étudier les voies et moyens d'établir l'assistance publique dans les campagnes. Après une discussion approfondie, vous avez voté quelques principes qui doivent me servir de base solide et qui prouvent l'esprit libéral qui anime nos délibérations.

M. Briant, dans son rapport lu à la séance du 9 avril 1888 de l'Association générale des médecins de France, constate que beaucoup de sociétés locales « trouvent moyen de consacrer leur temps et leurs lumières à l'étude et à la solution de questions sociales telles que la médecine gratuite des indigents qui fait trop souvent défaut dans les campagnes ».

Parmi ces sociétés locales, je citerai d'abord celle des arrondissements de Laon, Vervins et Château-Thierry. Je lis dans le compte rendu de sa dernière séance : « Plusieurs médecins regrettent que la médecine gratuite soit complètement abandonnée dans presque toutes les communes, il ne s'agit pas là seulement des intérêts du corps médical, c'est une question d'humanité. M. Dupuy pense que cette question pourrait être examinée avec fruit par le conseil général (dont il fait d'ailleurs partie). Sur sa proposition, la société demande au Conseil général d'étudier la question de l'assistance publique dans les campagnes. »

Jusqu'ici, l'assemblée départementale de l'Aisne n'a pas étudié cette question et j'estime qu'il est du devoir du corps médical tout entier, et surtout des médecins de campagne, de faire sur cette question des études sérieuses, de connaître les diverses organisations départementales, et d'en saisir alors les conseils généraux qui pourront discuter avec fruit et en connaissance de cause.

Au commencement de l'année 1888, la société des médecins de l'arrondissement de Vitry décida de faire une enquête sur l'organisation actuelle de l'assistance médicale et pharmaceutique dans le département de la Marne.

« Ce service, dit un avis signé par les Drs Vast, président, et Mongin, secrétaire, créé jadis par l'initiative préfectorale, paraît aujourd'hui laisser à désirer dans beaucoup de communes. Des questions d'intérêt professionnel se rattachent étroitement à son bon fonctionnement ; mais c'est surtout faire œuvre de solidarité sociale que de remédier promptement à la situation présente, car il est triste de voir, en beaucoup de pays, des soins médicaux suffisants

manquer aux indigents par suite de l'absence de crédits spéciaux au budget communal ou départemental. »

La Société envoyait un questionnaire à tous les médecins du département de la Marne pour savoir comment était organisée la médecine gratuite dans leurs clientèles ; je ne sais si l'enquête est terminée.

§

L'assistance publique est représentée depuis peu de temps par une direction au ministère de l'Intérieur, et on peut dire que c'est grâce au titulaire de cette place, l'honorable M. Monod, qu'il vient d'être créé un conseil supérieur de l'Assistance publique, inauguré le 14 avril dernier par les beaux discours du président du Conseil, M. Floquet et du directeur de l'Assistance, M. Monod.

Tous les médecins ont applaudi des deux mains à la formation de ce conseil et au choix judicieux de ses membres.

Cette question sera bien étudiée, et dans le sens de la centralisation de tous les services médicaux, il n'en faut pas douter, le corps médical étant unanime pour réclamer cette centralisation.

M. Monod, alors qu'il était préfet du Calvados, dans une brochure extrêmement intéressante dit : (1) « Il est nécessaire de centraliser en France entre les mains d'une autorité unique, tous les services qui touchent à la santé et à l'hygiène publique. Cette autorité doit être un directeur dépendant du ministre de l'intérieur ».

Il y a longtemps que cette direction est demandée ; je rappellerai seulement les vœux des congrès internationaux d'hygiène de Bruxelles, Paris, Turin, Genève, etc. ; la pétition du Dr A. J. Martin, secrétaire de la société de médecine publique de Paris, rapportée par le Dr Liouville, député, et renvoyée au gouvernement ; l'avis favorable de la commission du budget en 1881 ; les vœux, en 1881, du comité consultatif d'hygiène de France ; en 1883 de l'Académie de médecine après le rapport du Dr Rochard ; plus récemment le travail du Dr Henrot, professeur à l'école de médecine de Reims.

Malheureusement nous sommes toujours au même point. Les ministres changent souvent, les bureaux restent et suivent la routine.

II

Je vais passer en revue les diverses organisations départementales connues, le syndicat pourra ensuite juger en connaissance de cause.

Organisation spéciale du canton de Vervins.

Le Dr Dupuy a installé dans le canton de Vervins une organisation spéciale qu'il est utile de connaître bien qu'elle ne puisse exister que dans un petit nombre d'endroits.

L'Hôtel-Dieu de Vervins possède de 30 à 40 mille francs de revenus annuels, mais les salles n'en sont ouvertes qu'aux malades de la *ville seule*, de sorte que les malades des communes voisines n'ont aucun droit à l'hospitalisation.

Pour remédier à cet état de choses, les communes se sont associées et ont formé une caisse d'assistance au moyen d'un prélèvement annuel de 1 centim. 1/2 communal.

Lorsqu'un malade d'une commune associée désire entrer à l'Hôtel-Dieu de Vervins, il est admis sur simple certificat d'un médecin et un certificat d'indigence du maire de la commune. La caisse générale paie les frais de séjour soit 1 fr. 50 par journée (en ce moment il y a 7,000 fr. en caisse).

(1) De l'administration de l'hygiène publique à l'étranger et en France. Caen, in-4°.

D'autre part, le département de l'Aisne prend à sa charge la moitié du prix de journée, de sorte que la caisse des communes n'a en réalité que supporter 0 fr. 75 c. par journée de malade admis à l'Hôtel-Dieu.

En dehors des secours fournis à l'hôpital, la caisse donne encore des secours aux malades non hospitalisés, mais ces secours consistent surtout en bons de viande et de pain. Il n'y a rien de prévu pour les secours médicaux et pharmaceutiques, pour les malades qui restent dans leurs familles ; c'est là le point faible de l'organisation cantonale, mais il ne serait point difficile d'y remédier, et c'est ce que nous devons chercher ; les paysans aiment mieux être soignés chez eux et sont encore maintenant hospitalisés difficilement.

Disons, en passant, que cette organisation cantonale est un véritable syndicat de communes et fait voir l'utilité de la loi présentée par M. Floquet et rapportée par M. P. Doumere, député de l'Aisne.

§

Organisation des Vosges. L'article 1er du règlement du service sanitaire dans le département des Vosges dit : Il est institué un service sanitaire qui comprend :

1° Le traitement gratuit des malades indigents

2° La vaccination gratuite de tous les enfants indigents ou non ;

3° L'inspection des enfants du 1er âge.

4° La visite des aliénés non dangereux placés à la campagne aux frais du département ;

5° L'inspection médicale des écoles primaires et des écoles maternelles ;

6° L'étude de toutes les mesures concernant l'hygiène et la salubrité publiques, ainsi que la prophylaxie des maladies épidémiques.

Voici bien des choses, à propos de médecine gratuite.

Pour moi, tant que les différents services seront disséminés dans les différents ministères : par exemple les nourrissons à l'intérieur ; l'assistance au commerce (!) ; l'inspection médicale des écoles, à l'instruction publique ; les casernes à la guerre, etc., je ne puis admettre cette organisation.

Je suis opposé aussi à l'art. 3 qui divise le département en circonscriptions ; je sais bien que l'art. 8 tempère un peu cette division. En effet, il dit : seront nommés médecins du service sanitaire tous les docteurs en médecine et officiers de santé français qui accepteront le présent règlement ; mais, est-il bien nécessaire de créer des circonscriptions ? Ne vaudrait-il pas mieux laisser le libre choix au malade comme au médecin ? Tel praticien honorable de la campagne voudra bien accepter de soigner ses pauvres, mais ne voudra pas être l'homme de l'administration pour toutes les choses que dit l'article 1er et pour tous les rapports qu'elle demande.

Il y a dans cette organisation, qui a certainement du bon, et qui est due au zèle infatigable du Dr Lardier (de Rambervilliers), une série d'articles réglant le service. Ainsi, toutes les consultations dans le cabinet sont gratuites ; maintenant le médecin est rétribué suivant l'importance de service rendu, ce qui est équitable.

Comme ressources, le préfet ne demande aux

communes qu'une allocation de 7 centimes par tête d'habitant.

Jusqu'à présent, elle a suffi ; mais si les ressources (communes,département et état) étaient insuffisantes, il y aurait une réduction proportionnelle sur toutes les notes médicales.

Ce service fonctionne bien depuis 1834 qu'il est créé, et son auteur en donne cette appréciation :

« Nous n'avons rien sacrifié de notre dignité, de notre indépendance, et tout en recevant une modeste rémunération proportionnelle aux services que nous pouvons rendre aux malheureux, nous prouvons aux populations et à l'administration que pour le médecin le désir, le besoin de se rendre utile prime toutes les autres considérations. »

(*A suivre.*)

VARIÉTÉS

La médecine à la Campagne.

Clientèle gratuite, affichée à la Faculté.

On lisait l'autre jour dans un de nos grands journaux de province l'entrefilet suivant :

« Une dame X. s'est cassé les deux bras en tombant d'un char de foin ; on l'a immédiatement transportée à S. » — Cela demande explication. S. est la demeure d'un rhabilleur célèbre chez lequel le *don* n'est pas héréditaire, mais s'est manifesté d'une manière des plus visibles. Encore au berceau, le hochet préféré était un fémur de poulet dont il pressait avec délices ses gencives tuméfiées ; plus tard, berger dans les montagnes, il n'avait pas son pareil pour rajuster les fractures de ses capricantes ouailles. Bref, poussé par une irrésistible vocation, il en arriva bientôt à traiter ses semblables. Pour dix d'écloppés, un s'en tirait à peu près et proclamait son talent.

Aujourd'hui vous le rencontrerez souvent chevauchant dans les campagnes, son parapluie en bandoulière; s'il a gardé la blouse, ce n'est pas qu'il ne puisse comme un autre s'habiller en monsieur: car il possède de nombreux immeubles, entre autres une auberge exploitée par un sien parent où les clients attendent son retour en compagnie des flacons ; on se charge de leur faire prendre patience.

Les principales villes du département se le disputent à jour fixe et, chaque semaine, il y remet un nombre incalculable de nerfs sautés, entorses, etc., proclamant ainsi la vérité de cette maxime : « Ce qu'on sait le mieux, c'est ce qu'on n'a pas appris. »

Tandis que cet artiste marche à grands pas à la fortune, les nombreux médecins du voisinage ne voient de fractures et d'entorses que dans leurs livres. Jadis on daignait encore les appeler au moment de l'accident. Ils accouraient de suite laissant tout, jour ou nuit, appliquaient le bandage indiqué ; mais ils n'avaient pas tourné le dos que le malade se faisait transporter chez le rhabilleur dont le premier soin était d'enlever le bandage et, aprés de longues et douloureuses manipulations, d'en remettre un autre. C'était simple et peu compliqué : une gouttière de carton serrée par un mouchoir suffisait pour maintenir une cuisse brisée !

Les confrères s'indignérent et refusèrent d'endosser une pareille responsabilité. L'un d'eux, plus grincheux, adressa une plainte qui n'eut d'autre effet que de poser le rhabilleur en victime. — Une maigre amende de 1 franc lui fit une réclame inouïe, et nombre de gros bourgeois, voire même de fonctionnaires, sentirent le besoin de se faire étirer les nerfs par notre héros.

Pendant ce temps les Docteurs croquaient le marmot ; on les désignait au doigt comme des personnes dangereuses, des jaloux dont il fallait se méfier. A peine osaient-ils se montrer au café et les allusions ne manquaient pas. Et, de fait, leur situation n'était pas prospère et si, devant la lutte, ils avaient abdiqué les haines professionnelles, unis dans l'adversité ils voyaient l'horizon chargé de nuages sombres ; tout craquait sous leurs pieds.

Un malheur ne vient jamais seul : la sage-femme, jusqu'alors soumise et presque obséquieuse, se lançait dans la chirurgie et s'était procuré un forceps. — Le pharmacien, lui, ne se cachait plus pour conseiller les malades et les gorger de drogues.

Nos pauvres médecins n'avaient guère que le service des indigents, de la vaccine et des nourrissons : triste pitance !

Aussi l'un deux considéra-t-il comme un bienfait de la Providence, l'héritage d'un beau-pére qui lui laissa le soin de pleurer sur ses cendres en cultivant ses terres.

L'autre postule l'honneur de devenir pharmacien de 2e classe. On lui accorde 2 inscriptions cumulatives, á titre onéreux, à prendre dans 3 ans quand il aura accompli son stage. En vain a-t-il invoqué 10 ans de bons et loyaux services comme médecin des indigents, etc. ; on n'a point tenu compte de ces maigres becquetées au budget départemental. Il lui faudra rincer les fioles et débarbouiller la devanture sous la coulpe de quelque apothicaire. Que sa bile ne retombe pas sur ses anciens confrères !

La commune a trés bien pris son parti de ce double départ ; pendant six mois cela a marché sur des roulettes. Le pharmacien, la plume à l'oreille, visitait les malades qui jamais ne furent traités si *largement* : juleps, sirops, rien n'était épargné. La convalescence même devait être surveillée attentivement : toniques, fortifiants, purges : il fallait un nettoyage complet pour chasser les microbes.

Le rhabilleur prenait force vin de quina qui ne lui coûtait guère et chacun se frottait les mains.

Hélas ! la fortune devait tourner : deux accouchements malheureux et quelques morts rapides changérent les idées. Un membre de l'opposition en parla au Conseil : on ne pouvait rester sans médecin. Ils décidérent d'en écrire au préfet. « Arrangez-vous, mes amis, leur répondit-il ; si vous me demandiez un instituteur, j'en ai à la douzaine ; mais des médecins, pas encore. J'espère que dans quelques années il n'en sera plus ainsi, vu le nombre des facultés. Que Dieu vous garde ! »

Le Conseil vient de prendre une délibération à ce sujet : il offre un logement sur le derrière de la mairie et a fait insérer dans plusieurs journaux l'avis suivant : « Excellent poste de médecin á prendre sans frais á ... clientèle choisie, beau logement gratuit. Situation de grand avenir en la prenant de suite. S'adresser au maire. »

Les candidats feront bien de se renseigner par eux-mêmes sur les lieux et de voir s'il leur convient de se fixer dans une commune où les rhabilleurs tiennent le haut du pavé, les pharmaciens font de la médecine et les sages-femmes de la chirurgie... Là ou ailleurs !!

Dr L., des OURSINS.

La variole à Paris

Sur environ 5,000 enfants qui naissent chaque mois à Paris, il n'y en a qu'un millier, soit 20 pour 100 qui soient vaccinés gratuitement par les soins de l'Administration (bureaux de bienfaisance, hôpitaux Académie de médecine). Faut-il croire que les 4,000 autres enfants reçoivent néanmoins la vaccine, soit par les soins du médecin de leur famille, soit par les établissements privés de charité ? Si l'on songe que la moitié de la population parisienne a recours aux services gratuits, et que, par exemple, la moitié des enterrements sont de neuvième classe et gratuits, on en conclura que sur les 5,000 enfants qui naissent chaque mois à Paris, il y en a bien moins de 4,000 dont les parents paient un vaccinateur privé ; que si l'Administration et malgré les soins qu'elle apporte à appeler l'attention publique sur l'importance de la vaccine, malgré les primes qu'elle alloue aux parents, ne parvient à vacciner qu'un millier d'enfants, la charité privée assurément n'en vaccine qu'un nombre insignifiant, et que, par conséquent, un grand nombre d'enfants parisiens ne sont pas vaccinés du tout. De là vient que la variole ne disparaît pas de notre pays comme elle a disparu, par exemple, de l'Allemagne. » (*Bulletin hebdomadaire de la statistique municipale.*)

PENSÉES ET MAXIMES

La médecine est une science si complexe et un art si difficile que celui qui l'exerce n'a pas trop de tous ses instants pour s'y perfectionner.

—

En médecine pratique, et pour le jugement public, l'apparence est tout, le fond n'est rien.

—

Cent erreurs de diagnostic nous sont moins préjudiciables qu'une seule erreur de pronostic.

—

Il faut appeler malhonnête le médecin qui, dans la direction de sa thérapeutique, se laisse guider par un mobile autre que la cure du malade ou son soulagement.

—

Soyez grossier, brutal, sans cœur et sans pitié, si c'est votre nature, vos clients n'y prendront garde ou vous le pardonneront si vous savez leur persuader que vous les guérirez.

—

Ne dites jamais : je ne sais pas..., je verrai .., peut-être. Le public n'entend pas de cette oreille-là.

—

Se faire aimer et respecter, c'est bien ; savoir se rendre indispensable est mieux... et plus rémunérateur.

—

Ne fuyez pas le bruit à vos débuts ; mieux vaut à un futur praticien une arrivée retentissante qu'une entrée trop modeste.

—

Dix mois suffisent pour avoir des clients ; il faut dix ans pour faire une clientèle.

—

Les maladies viennent vite et s'en vont lentement ; au médecin d'inspirer au patient l'illusion contraire.

—

On peut accepter certains compromis ; mais nous ne devons adhérer à aucune compromission.

—

Nous nous étonnons à tort du peu de reconnaissance des malades que nous croyons avoir sauvés. Pour une grande partie du public, le médecin, par métier, vend de la santé au détail comme l'épicier des prunes ou de la chandelle. Notre denrée servie au meilleur compte possible et la facture acquittée, le client se tient quitte envers nous.

—

Pas de profession plus redoutable que la médecine, et il n'en est pas de plus recherchée.

—

Le sage met un bœuf sur sa langue avant que de parler ; le médecin devrait y placer une montagne.

(*A suivre.*)

NOUVELLES

La Société de Prévoyance et de Secours mutuels des médecins de la Corrèze nous communique la circulaire suivante :

Monsieur,

Dans son assemblée générale du 25 août dernier, la *Société de Prévoyance et de Secours Mutuels de la Corrèze* a décidé d'ouvrir une souscription pour élever au Baron ALEXIS BOYER un monument dans sa ville natale.

Né le 1er mars 1757, à Uzerche (Corrèze), d'une famille peu fortunée, ALEXIS BOYER a su s'élever par son intelligence et par un travail opiniâtre à une des plus grandes situations médicales du commencement du XIXe siécle. Ancien premier chirurgien de Napoléon Ier, il était à l'époque de sa mort, professeur de clinique chirurgicale à la faculté de Paris, chirurgien en chef de l'hôpital de la Charité, membre de l'Institut, de l'Académie de Médecine et de la Légion d'honneur. Il laissait de nombreux mémoires, un excellent ouvrage d'anatomie en quatre volumes et surtout son magnifique traité des maladies chirurgicales.

Le Baron BOYER n'est pas seulement une des grandes illustrations de la Corrèze, mais encore une des gloires de la chirurgie française. Elever à sa mémoire un monument dans la ville qui l'a vu naître, est une œuvre à laquelle nous vous prions de vouloir bien vous associer par votre souscription et par celles que vous pourrez recueillir.

Veuillez agréer, etc.

Les membres de la Commission :

Docteurs : LONGY, Président de la Société des Médecins de la Corrèze ; VERGNE, Vice-Président ; PASQUET Secrétaire-Trésorier ; VACHER, LABROUSSE, DELLESTABLE, députés de la Corrèze.

N.-B. — Les souscriptions seront adressées à M. le docteur PASQUET, à Uzerche (Corrèze).

BIBLIOGRAPHIE

Traitement rationnel par l'acide lactique associé à la pepsine de la diathèse goutteuse, goutte, gravelle urique, gastralgie, dilatation stomacale, etc., par le Docteur CHARNAUX, médecin consultant à Vichy. — Vichy, imprimerie Wallon, 1888.

Le Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André,

Dixième année | N° 31 | 4 Août 1888

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE

Le Congrès pour l'étude de la tuberculose.

Ce Congrès, organisé par l'initiative de M. le professeur Verneuil et les soins de notre confrère *L.-H. Petit*, bibliothécaire à la Faculté, est l'événement important de la semaine. Nos lecteurs savent déjà par tous les journaux politiques, qui ont quotidiennement donné les comptes rendus des séances, que le Congrès a pleinement réussi.

Le président du Congrès a été M. *Chauveau*, membre de l'Institut, les deux vice-présidents, M. *Villemin* et M. *Verneuil* ; les secrétaires, outre M. L.-H. Petit, secrétaire général, ont été MM. Cagny, Gallois, Piot, Thoinot, Leclainche et Villemin fils.

MM. Chauveau, Verneuil et Petit ont prononcé chacun une allocution ; le premier a retracé à grands traits l'histoire si française de la découverte du virus tuberculeux, où notre Villemin mérite de garder la première place, et que Koch a complétée ; le second a fait ressortir la nouveauté et l'utilité de l'association des médecins et des vétérinaires pour l'étude d'une maladie commune à l'homme et aux animaux ; le dernier a raconté comment le Congrès s'était organisé et signale les adhésions qui lui sont arrivées de tous les pays, sauf un naturellement, l'Allemagne.

Puis on s'est mis au travail et les communications se sont succédées.

La tuberculose des muqueuses.

Tel était le sujet de la première communication faite par M. *Cornil*. On croit trop souvent que pour s'infecter au contact des bacilles déposés à leur surface il faut que les muqueuses soient préalablement atteintes de quelque excoriation ou fissure qui puisse servir de porte d'entrée. C'est une grande illusion. Sans doute l'existence de lésions antérieures ou tout au moins d'une inflammation catarrhale qui dissocie les cellules est une condition qui favorise l'infection. Mais elle n'est pas nécessaire.

L'introduction de quelques gouttes de culture pure des bacilles dans le tube digestif des cobayes est suivie dès le quinzième jour de l'apparition de tubercules visibles à l'œil nu dans l'intestin sous l'épithélium demeuré en place. L'infection des ganglions mésentériques est même plus précoce encore ; on y voit des accumulations de cellules le quatrième jour et des tubercules bien nets le sixième jour.

L'expérience démontre non moins péremptoirement que l'infection de l'utérus est possible par voie vaginale, si l'on y introduit des bacilles. D'une manière générale les muqueuses tapissées d'un épithélium cylindrique opposent moins de résistance à l'invasion des bacilles que celles qui sont recouvertes d'épithélium pavimenteux stratifié.

Dangers auxquels exposent la viande et le lait des animaux tuberculeux.

M. *Nocart* rappelle les travaux de Gerlach, Klebs, Bollinger et Toussaint qui ont prouvé que la viande et le lait des vaches tuberculeuses peuvent être virulents comme la matière caséuse du tubercule.

Comme nous le répétions dans un article récent, le lait n'est virulent que quand les lésions tuberculeuses ont envahi la mamelle ; mais rien n'étant plus difficile à reconnaître que la tuberculose de la mamelle au début chez la vache, il faut agir à l'é-

gard des vaches phthisiques comme si la mamelle était toujours envahie. Le Comité des épizooties a demandé l'interdiction absolue de vendre le lait des vaches tuberculeuses ; celui-ci ne peut être utilisé que sur place pour l'alimentation des animaux et après avoir été bouilli.

« Comme le lait vendu dans les grandes villes est fatalement suspect, puisqu'on n'en connaît pas l'origine, il ne faut pas nous lasser de crier : « Mères de famille, ne donnez pas de lait à vos enfants sans l'avoir fait bouillir ! »

Nous nous associons bien volontiers à ce cri de M. Nocard ; en ce journal même nous avons plusieurs fois insisté sur ce point d'hygiène. Quand le lait cru paraît nécessaire, il faut recourir au lait de la chèvre dont la tuberculose est exceptionnelle.

Relativement à la viande des animaux tuberculeux, M. Nocard conclut qu'elle peut, dans certains cas, offrir quelques dangers, mais que ces cas sont exceptionnels et qu'alors même le danger est faible.

M. *Arloing* parle sur la *saisie des animaux tuberculeux* et il conclut à la prohibition absolue de la viande des animaux tuberculeux jusqu'à ce qu'on ait trouvé le moyen de la rendre inoffensive. M. Galtier a essayé dans ce but la salaison qui n'a pas donné de bons résultats.

M. *Baillet* (de Bordeaux) pense qu'on ne doit retirer de la consommation que la viande des sujets chez lesquels la tuberculose est généralisée et a engendré la maigreur absolue ou relative. Cette restriction lui est inspirée par le désir de sauvegarder les intérêts de l'élevage et l'approvisionnement des marchés.

M. *Butel* (de Meaux), M. *Veyssière* (de Rouen) et la majorité des orateurs se rangent à l'opinion des premiers membres, et, après discussion, le Congrès a voté à une immense majorité la proposition suivante de M. Butel.

« Il y a lieu de poursuivre, par tous les moyens, y compris l'indemnisation des intéressés, l'application générale du principe de la saisie et de la destruction totales pour toutes les viandes provenant d'animaux tuberculeux, quelle que soit la gravité des lésions spécifiques trouvées sur ces animaux. »

Nature tuberculeuse des variétés atypiques du lupus vulgaire.

M. H. *Leloir* (de Lille) signale et décrit les aspects insolites sous lesquels peut se présenter le lupus vulgaire. Ces variétés *atypiques* qu'il dénomme *variété colloïde, variété mucoïde* ou *myxomateuse, variété scléreuse* ne sont autre chose, ainsi le lupus vulgaire classique, que des formes atténuées de la tuberculose du tégument. On peut dire atténuées, parce que ces formes ne renferment de bacilles qu'en très petit nombre ; parce que l'infection de l'animal auquel on les inocule se fait beaucoup plus lentement que si l'on employait du tubercule vrai ; parce que, parfois, à moins d'inoculer de très grosses parcelles de lupus, l'inoculation peut être négative.

Etiologie et traitement de la fièvre jaune.

M. *P. Gibier* a fait des recherches à la Havane sur la fièvre jaune. En voici le résumé :

Dans le sang, l'urine, la bile, la sérosité péricardique et les viscères (sauf le tube digestif) des sujets morts de la fièvre jaune, on ne trouve, dans la très grande majorité des cas, aucun micro-organisme.

Mais l'intestin des sujets atteints de la fièvre jaune contient une matière noire ou foncée plus ou moins abondante et toxique de laquelle M. Gibier a isolé un bacille qui semble jouer un rôle important dans la coloration de cette substance, sinon dans la pathogénie de la fièvre jaune. Ce microbe noircit les corps en présence desquels il se développe. C'est un bacille, tantôt droit et court, tantôt un peu plus allongé et courbe. Il liquéfie la gélatine. L'inoculation d'une petite quantité de son liquide de culture dans l'intestin des animaux (cobayes, chiens) provoque des accidents graves et même la mort avec formation dans l'intestin d'une matière analogue à celle qu'on observe chez l'homme qui succombe de la fièvre jaune.

Les cultures de ce microbe exhalent une odeur *sui generis*, semblable à celle des vomissements noirs. Une température de 60° C. le détruit en dix minutes, un froid de 10° au-dessous de 0° soutenu pendant une heure ne le tue pas. La dessiccation à l'air libre et à l'ombre le fait périr en 24 heures. Il se cultive bien dans la mer et vit au moins six mois en contact avec des microbes vulgaires. Une température supérieure à 20° est nécessaire à son développement. Il ne paraît pas produire des spores. La forme allongée et onduleuse qu'il prend dans les cultures anciennes pourrait le faire ranger dans la classe des spirilles.

Si ce bacille est bien celui qui détermine les accidents du *Vomito negro* les caractères qui précèdent donneraient l'explication de ce fait que la fièvre jaune ne s'observe pas endémiquement ailleurs que dans un certain nombre de ports de mer des pays chauds, dont la vase conserve le germe d'une maladie pour ainsi dire inconnue à une très faible distance dans l'intérieur des terres.

La présence constante dans l'intestin d'une matière plus ou moins abondante *toxique*, l'apparition précoce d'accidents gastro-intestinaux (vomissements, douleurs épigastriques, etc.), qui persistent ordinairement pendant toute la durée de la maladie, le début brusque des accidents ; l'absence de microbes dans le sang et les viscères autres que l'intestin sont autant de caractères qui militent en faveur d'une théorie intestinale de la fièvre jaune. Aussi M. Gibier conseille-t-il comme traitement les purgatifs répétés et les désinfectants intestinaux.

Isolement des varioleux.

M. *Créquy* a appelé, en octobre dernier, l'attention de l'Académie sur les dangers résultant de l'établissement d'un hôpital de varioleux à proximité de l'usine à gaz de la Villette. Il y avait alors

quatorze cas de contagion dont trois suivis de mort ; depuis lors trente nouveaux cas se sont produits dont huit ont été mortels.

La contagion a frappé principalement les ouvriers faisant partie de l'atelier de distillation qui est situé à 230 mètres de l'hôpital, tandis que ceux des autres ateliers plus éloignés ont été moins souvent atteints.

Ces faits permettent de dire qu'un hôpital de varioleux doit être éloigné au moins de 500 à 1000 mètres de tout centre de population, que cette distance ne pouvant être obtenue dans aucun hôpital, tout pavillon d'isolement est illusoire.

Malgré les efforts de l'administration et ceux de M. Créquy, c'est à peine si une quarantaine d'ouvriers se présentent au jour indiqué pour se faire vacciner. Aussi la Compagnie de l'Est a-t-elle été sagement inspirée en édictant que « à l'avenir, nul ne sera admis au service de la Compagnie s'il ne fournit la preuve qu'il a été revacciné depuis moins de huit ans ».

Traitement médical des anévrysmes de l'aorte

M. *Dujardin-Beaumetz* qui a introduit en France la galvano-puncture pour les anévrysmes de l'aorte et l'a pratiquée une vingtaine de fois, déclare que malgré les perfectionnements apportés à la méthode, malgré les bénéfices réels que l'on a obtenus, puisque sur 114 anévrysmes de l'aorte ainsi traités, 69 ont été améliorés, les applications se font de plus en plus rares, et lui-même hésite à la conseiller.

Ce revirement d'opinion résulte des deux circonstances principales suivantes :

1° L'impossibilité où se trouve l'électro-puncture de produire une guérison définitive ;

2° La puissance de mieux en mieux reconnue du traitement ioduré.

En ce qui concerne le premier point, il a été prévu dès le début des applications de l'électrolyse à la cure des anévrysmes.

Amenant la coagulation du sang par l'inflammation que détermine le passage du courant positif dans la tumeur, l'électrolyse ne produit de caillot adhésif que sur le point où pénètrent des aiguilles, c'est-à-dire du côté de la peau. Or, c'est là, comme le dit M. Verneuil, le point qui résiste le mieux à l'ouverture de la poche, et on sait en effet que l'anévrysme de l'aorte s'ouvre habituellement du côté du poumon, de la plèvre, de l'œsophage, de la trachée, etc., c'est-à-dire dans les parties par lesquelles nous ne pouvons faire pénétrer l'aiguille.

Dans ces conditions, l'électro-puncture peut arrêter la marche des anévrysmes vers l'extérieur, empêcher le développement des tumeurs externes, amener une diminution des douleurs; mais elle ne s'oppose en aucune façon à la rupture interne, qui s'est produite chez tous les malades au bout d'un laps de temps qui n'a pas dépassé trois ans.

L'électro-puncture étant une méthode palliative, vaut-elle mieux que les autres méthodes analogues? Bouillaud, dès 1858, a signalé les applications de l'iodure de potassium à la cure des anévrysmes. M. Verneuil a cité un cas où ce traitement a été suivi de succès, et M. Beaumetz possède deux observations d'anévrysmes de l'aorte avec tumeur externe, qui ont complètement guéri par l'usage de l'iodure.

M. Potain possède des observations analogues et si on faisait une enquête sur ce sujet, on pourrait rassembler un assez grand nombre de cas semblables.

Cette méthode s'est d'ailleurs perfectionnée, grâce à l'emploi de la bière ou du café noir qui permet d'administrer sans grand inconvénient pour l'estomac cet iodure au repas, grâce aussi au lait qui permet une élimination rapide de cet iodure, et permet d'éviter les phénomènes d'iodisme. Enfin, depuis les travaux de Bouchard, qui a montré l'action nocive des sels de potassium et leurs propriétés convulsivantes, on a trouvé un réel avantage à substituer à l'iodure de potassium, l'iodure de sodium. Mais à ce traitement par l'iodure est venu s'en joindre un autre qui s'adresse plus particulièrement aux douleurs, les analgésiques antithermiques.

L'antipyrine, en effet, dans les cas d'anévrysmes de l'aorte avec douleur angineuse, donne d'excellents résultats. M. Beaumetz en a obtenu d'aussi beaux avec la phénacétine. Ce médicament lui paraît même supérieur à l'antipyrine, puisqu'il n'est pas toxique et que sa fabrication ne donne pas lieu aux discussions qu'a soulevées l'antipyrine.

A la dose de 1 à 2 grammes par jour, il a donné des résultats suprenants au point de vue des douleurs.

De pareils progrès dans le traitement médical des anévrysmes expliquent suffisamment l'abandon des autres méthodes, et M. Beaumetz croit que tant que la médecine ne sera pas en possession d'une méthode capable d'obtenir sans danger la guérison définitive des anévrysmes de l'aorte, malgré le pronostic fatal qu'entraînent de pareilles affections, on doit s'en tenir dans la majorité des cas au traitement médical, et n'avoir recours à l'électro-puncture que dans les cas exceptionnels où la rupture menacerait de se faire à l'extérieur.

Quant à la méthode de Moore, elle doit être absolument abandonnée.

REVUE D'OBSTÉTRIQUE

Des présentations de l'épaule et de leurs traitements. De l'embryotomie et de l'embryotome rachidien du Pr Tarnier.

Les présentations de l'épaule constituent une des plus sérieuses difficultés de l'accouchement : souvent mortelles pour le fœtus, parfois dangereuses pour la mère, elles causent toujours de l'ennui à l'accoucheur.

Nous avons rappelé ici même, l'année dernière (1), comment on pouvait ou plutôt comment on *devait*, à l'aide de la version par manœuvres externes, trans-

(1) Voy. *Concours médical*, avril 1887, pages 199 et 214.

former pendant la grossesse une présentation de l'épaule en présentation du sommet, ou, s'il y a une indication particulière, en présentation du siège. Il est donc bien entendu que tout médecin qui a eu le loisir d'examiner sa cliente pendant la grossesse ne doit plus laisser se produire de présentation de l'épaule. Il est tout à fait exceptionnel, en effet, qu'on ne puisse par la version transformer une présentation transversale en présentation longitudinale: nous ne parlons pas des cas où le fœtus est mort pendant la vie intra-utérine et n'a plus la consistance nécessaire pour l'accommodation utéro-pelvienne.

Est-ce à dire que les présentations de l'épaule vont disparaître à tout jamais de la pratique obstétricale? Malheureusement non ; il se trouvera, en effet, toujours des femmes qui, pour des raisons sociales ou autres, ne se soumettront pas à l'examen d'une personne compétente pendant les derniers mois de leur grossesse ; il y aura toujours des matrones assez peu instruites pour ne pas faire le diagnostic de la présentation; il y en aura toujours d'assez malhabiles pour tirer sur le bras ou pour donner de l'ergot de seigle au risque de faire rompre l'utérus ?

Quelle conduite doit tenir le médecin lorsqu'il est appelé auprès d'une femme en travail dont le fœtus se présente par l'épaule ? Si le travail n'est pas très avancé, si les contractions utérines ne sont ni trop fortes, ni trop rapprochées, si la poche des eaux est intacte, il faut encore essayer, à l'aide de la version par manœuvres externes, de ramener l'extrémité céphalique ou le siège au niveau du détroit supérieur. Lorsqu'on ne peut réussir à l'aide de cette manœuvre, il faut avoir recours à la version mixte par manœuvres combinées.

Mais souvent ces méthodes ne peuvent plus être employées ; la poche des eaux est rompue depuis quelque temps ; l'enfant souffre ; il y a procidence du cordon : il faut agir vite. Le plus habituellement, si l'on n'a pas donné d'ergot, le médecin peut délivrer la femme et sauver l'enfant en faisant la version podalique par manœuvres internes que tous nos lecteurs connaissent pour l'avoir pratiquée.

Il est souvent utile, pour faciliter cette opération, de mettre la femme dans une bonne situation obstétricale, le bassin fortement relevé : les injections hypodermiques de morphine et surtout les inhalations de chloroforme rendent l'opération beaucoup moins pénible.

Parfois cette opération n'est plus possible : elle est même contre-indiquée soit parce que l'utérus est rétracté tétaniquement, soit parce que l'épaule est trop profondément engagée. La version serait ici dangereuse parce qu'elle exposerait à la rupture de l'utérus, sans aucun bénéfice pour le fœtus qui presque toujours a succombé. Il est généralement possible de se rendre compte de la mort du fœtus et par l'absence de battements dans le cordon ombilical (qui malheureusement fait trop souvent procidence dans ces cas) et surtout par l'auscultation pratiquée avec le stéthoscope. Il ne faut pas compter sur la terminaison de l'accouchement par la version et l'évolution spontanées qui existent, mais qui sont exceptionnelles: espérer cette terminaison et s'abstenir serait aussi sage « que de se croiser les bras devant un incendie en attendant que la pluie du ciel vienne l'éteindre ».

Que faut-il faire en pareil cas ? C'est ce que vient d'étudier dans une thèse considérable et fort intéressante notre ami J. Potocki (1). Après avoir rappelé les différents procédés employés pour débarrasser la femme (morcellement du fœtus, version précédée de mutilation du fœtus ou version forcée, etc.), Potocki leur préfère comme plus simple et donnant plus de sécurité *l'embryotomie rachidienne*, qu'elle porte sur le cou, ou même sur le tronc. Sans doute la version forcée pratiquée à travers le fœtus, après éviscération et écrasement du thorax, peut être une méthode de *nécessité*; à défaut d'une instrumentation spéciale, on peut être appelé à l'exécuter et il suffit d'un bistouri ou d'une simple paire de ciseaux pour en venir à bout ; mais au prix de quelle patience et de quels efforts !

Ainsi donc, dans les présentations de l'épaule irréductibles, lorsque la version est contre-indiquée, il faut aller à la recherche du cou et pratiquer l'embryotomie cervicale (méthode de *choix*). On a conseillé, pour effectuer cette opération, une foule d'instruments dont Potocki nous retrace l'historique complet : de toute cette « vieille ferraille » il ne conserve guère que les ciseaux de Dubois et l'embryotome de M. Ribemont-Dessaignes qui donnent de bons résultats dans les cas faciles, mais ne répondent pas à tous les besoins de la clinique. Sans nier que ces instruments ne rendent de grands services, de même que l'embryotome à la ficelle du professeur Pajot, Potocki démontre, pièces en mains, qu'ils sont tous inférieurs à un nouvel instrument, l'embryotome rachidien du Professeur Tarnier.

II

L'embryotome rachidien du professeur Tarnier agit sans exercer de traction nuisible et sans nécessiter de changement dans la situation du fœtus: il est, de plus, applicable à tous les cas.

Nous ne pouvons donner ici, faute de figures, qu'une description sommaire de cet instrument qui se compose de trois parties essentielles : 1° le *crochet*; 2° le *couteau* ; 3° le *protecteur*.

Le *crochet* ressemble au crochet de Braun et se compose d'une tige d'acier arrondie qui se recourbe assez brusquement à son extrémité supérieure et forme un crochet. La partie recourbée se termine par un bouton de la grosseur d'un pois. Cette tige est plus grosse dans sa moitié inférieure qu'en haut; elle est creusée, sur toute son étendue, d'un canal cylindrique dont le diamètre est plus grand vers le manche que vers le crochet. Cette tige s'encastre en bas dans un manche transversal ; la partie de la tige qui est au-dessous du manche porte un écrou à

(1) Th. de Paris; 1888. Des méthodes d'embryotomie, des instruments destinés à pratiquer l'embryotomie rachidienne et en particulier de l'embryotome rachidien du professeur Tarnier.

ressort qui permet de rendre libre à volonté le couteau.

Le *couteau* est une véritable guillotine : il est triangulaire, coupe suivant l'un des côtés du triangle qui a une direction oblique et agit, non pas en comprimant, mais bien en glissant sur le fœtus qu'il attaque tangentiellement. Ce fait a la plus grande importance : à lui seul, il rend l'embryotome Tarnier très supérieur à ceux qui ont été imaginés avant lui. Le côté tranchant du couteau est destiné à se loger, quand l'instrument est fermé, dans la partie recourbée du crochet à laquelle il s'adapte exactement.

Le *protecteur* est une lame quadrangulaire dont la forme et les dimensions rappellent à peu de chose près la forme et les dimensions du coutcau. Toutefois, au lieu d'être terminé par un angle saillant, il présente un bord qui est plus horizontal que le bord correspondant du couteau qu'il dépasse en dehors de 15 mill. et qu'il protège très efficacement. En raison de sa forme, le protecteur n'abandonne le couteau qu'au fur et à mesure que le bord tranchant de celui-ci pénètre dans les parties fœtales.

Le maniement de l'embryotome rachidien est aisé pour ceux qui ont eu soin d'étudier le fonctionnement très simple de ses diverses parties : il est d'une très grande solidité et ne présente aucun danger ni pour la mère ni pour l'accoucheur.

Avant de se servir de l'instrument, il faut le rendre aseptique : ce qui est très facile. On lave, on brosse dans l'acide phénique, on essuie, avec un linge propre, chaque partie de l'instrument, qui est ensuite flambée à la flamme de la lampe à alcool. L'écrou à ressort est introduit dans le crochet, le protecteur est fixé au couteau ; puis les deux moitiés de l'instrument sont plongées dans la solution phéniquée où elles doivent séjourner jusqu'au moment de l'opération.

Manuel opératoire. — Le manuel opératoire varie suivant qu'on pratique la section du cou ou embryotomie cervicale, ou la section du tronc (embryotomie thoraco-abdominale).

L'embryotomie cervicale comprend plusieurs temps : 1° introduction de la main ; 2° introduction et placement du crochet ; 2° introduction et fixation du couteau : 4° section du cou ; 5° enlèvement de l'instrument et extraction du fœtus.

1° *Introduction de la main.* — Avec l'embryotome Tarnier, il n'est pas nécessaire d'introduire toujours la main gauche, comme lorsqu'on se sert des ciseaux de Dubois ; il n'est même pas nécessaire de sentir avec le doigt le bouton du crochet.

On introduit donc, en avant du fœtus, entre lui et le pubis, la main homonyme au côté du bassin où est située la tête du fœtus, de telle sorte que l'index soit en contact avec la tête : donc la main gauche, quand on se trouve en présence d'une position A. I. G., la main droite quand la position est A. I. D. La main est introduite entre le pubis et le fœtus, la paume regardant en arrière ; le pouce suivra la main dans les parties génitales, si elle doit être poussée très profondément : sinon il restera dehors. Il est utile, pour faciliter l'introduction et éviter une extension trop prononcée de la main, de soulever aussi fortement que possible le siège de la femme.

2° *Introduction et placement du crochet.* — La main introduite sert de guide pour introduire le crochet. Supposons qu'il s'agisse d'une présentation de l'épaule droite en A. I. G., dos en avant : les quatre doigts de la main gauche sont placés en avant du fœtus ; ils ont reconnu le sillon du cou qui est facile à sentir, au moins dans sa partie inférieure.

Le crochet est tenu de la main droite, à pleine main, la tige entre l'index et le médius : il est conduit verticalement sur la face palmaire de la main gauche, le bouton du crochet regardant à droite, du côté opposé à la tête du fœtus. Le crochet est dirigé directement en haut et un peu à gauche, toujours exactement appliqué contre le fœtus et la main. Il est ainsi introduit jusqu'à ce que l'opérateur sente une diminution ou une absence de résistance : c'est que le tronc est dépassé.

A ce moment le crochet est tourné sur son axe, de droite à gauche, de manière que son bouton, après avoir glissé sur le tronc du fœtus, vienne répondre en arrière; on abaisse alors le crochet en le reportant un peu vers la gauche, le cou est embrassé par lui, et en tirant en bas sur le crochet, on s'assure que la prise est bonne.

3° *Introduction et maniement du couteau.* — Le crochet étant appliqué sur le cou, l'opérateur retire la main gauche, il saisit avec cette main le manche de l'instrument, sans jamais l'abandonner et le maintient fortement appliqué sur la partie fœtale. Il confie à un aide le bras abaissé et l'engage à le porter du côté opposé à la tête, c'est-à-dire à droite.

Après avoir bien fixé le protecteur sur le couteau, l'opérateur prend de la main droite la poignée du couteau, introduit celui-ci dans le canal du crochet et le fait monter jusqu'à ce qu'il arrive à la vulve. Il confie alors à l'aide le manche du couteau, en lui demandant simplement de le pousser au commandement.

L'opérateur introduit alors sa main droite, devenue libre, dans les parties génitales, jusqu'au cou du fœtus ; écartant les parties maternelles, il empêche qu'elles ne soient refoulées par le protecteur. Il commande alors à l'aide de faire monter le couteau, toujours muni de son protecteur, jusqu'à ce qu'il soit arrêté par la rencontre du fœtus. L'opérateur retire la main des parties génitales, saisit la poignée du couteau, pousse de nouveau celui-ci contre le fœtus et abaisse la bascule. Le *cou* est saisi, *bien saisi* et *seul saisi* : il est impossible que pendant la section aucune partie maternelle s'interpose entre le cou de l'enfant et le couteau. On libère alors le protecteur.

4° *Section du cou.* — Tenant toujours solidement de la main gauche le manche du crochet, qu'il n'a pas quitté, l'opérateur fait tourner sur ellemême la poignée du couteau ; celui-ci monte et sectionne le cou, pendant que le protecteur, repoussé par les bords de la section, descend peu à peu en libérant une longueur de plus en plus grande de la

lame tranchante. On tourne la poignée du couteau jusqu'à ce qu'on soit arrivé au bout de la vis : la section est alors terminée. Comme il arrive parfois qu'une portion de peau soit cachée entre le couteau et l'angle du crochet, il est bon, quand la vis a été serrée à fond, d'imprimer au manche du couteau deux ou trois demi-tours rapides en sens inverse : la section est alors complète.

5° *Enlèvement de l'instrument. — Extraction du fœtus.* — La décollation achevée, le crochet et le couteau sont enlevés ensemble. Il ne reste plus qu'à extraire les deux tronçons du corps du fœtus : des tractions sur le bras suffisent généralement à amener le tronc au dehors. Quant à la tête, on peut l'extraire soit en introduisant un doigt dans la bouche du fœtus, soit en pratiquant une application de forceps ou une basiotripsie.

Il est facile d'appliquer ces préceptes aux différentes présentations et positions de l'épaule ; dans des cas exceptionnels, il est nécessaire d'appliquer le crochet en arrière du fœtus et on éprouve alors une certaine difficulté à donner au crochet une position suffisamment verticale. Si la tige de l'instrument n'est pas assez portée en arrière, le crochet ne saisit pas le cou à son bord supérieur, mais seulement à sa partie postérieure et inférieure et une faible portion seulement de son épaisseur se trouve sectionnée. C'est surtout dans les positions dorso-antérieures que ces difficultés se rencontrent. Ajoutons que la décollation avec l'embryotome Tarnier est possible alors même que le fœtus commence à exécuter le troisième temps de l'évolution spontanée.

Lorsqu'on ne peut atteindre la région cervicale, on va à la recherche d'un bras, on l'abaisse le plus possible dans le vagin. Si le cou reste inaccessible malgré ces tractions, on ampute le bras avec l'embryotome et on va de nouveau à la recherche du cou. Si on n'arrive pas encore au cou, on cherche à abaisser l'autre bras. Le cou est alors accessible et la difficulté est vaincue.

Si l'abaissement du bras est impossible, on opère la division du tronc avec l'embryotome : le manuel opératoire ne présente rien de particulier, sauf qu'il faut habituellement pratiquer 2 ou 3 sections. L'embryotome Tarnier se montre surtout ici supérieur à tous les autres, parce que l'embryotomie thoraco-abdominale est toujours *possible, toujours facile, jamais dangereuse.*

Nous ne pouvons rapporter ici les expériences faites par Potocki à l'amphithéâtre sur le mannequin : elles montrent que l'instrument est applicable dans les mêmes conditions de rétrécissement que le basiotribe, et que, par conséquent, les limites imposées à l'opération césarienne pour les présentations longitudinales doivent être adoptées également pour les présentations du tronc.

Quant aux faits cliniques, ils sont assez concluants pour démontrer l'efficacité, l'innocuité et les avantages de l'embryotome rachidien ; il a été employé 18 fois sur le vivant depuis le mois de septembre 1885. Sur les 18 femmes, 5 sont mortes, trois ont succombé à la suite d'une rupture de l'utérus *constatée avant l'opération* ; les deux autres aux progrès d'une septicémie également antérieure à l'intervention. Aucune de ces morts ne peut être imputée à l'instrument.

Il nous a paru intéressant de mettre nos lecteurs au courant des résultats acquis à l'aide de cet instrument nouveau, appelé à rendre de grands services dans les cas les plus graves de la dystocie ; si ces cas sont heureusement assez rares, si pour cette raison l'embryotome n'est pas d'un emploi aussi fréquent que le forceps et le basiotribe Tarnier, il n'en est pas moins aussi ingénieusement inventé que ses deux aînés et il n'est pas téméraire de lui prédire le même succès dans une sphère d'action plus étroite.

Dr G. Lepage.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

L'Association générale depuis sa fondation.

Nous avons l'intention de publier quelques réflexions sur les œuvres de l'Association générale, sur l'action qu'elle a exercée depuis sa fondation en 1859, sur les améliorations qu'elle pourrait apporter à son fonctionnement.

Nous reproduisons aujourd'hui les principaux vœux des sociétés locales émis en 27 années. En parcourant cette nomenclature sans commentaires, nos lecteurs s'assureront que, bien souvent, ces vœux n'ont pas une grande conséquence, parce que, la plupart du temps, l'Association générale ne peut rien pour leur satisfaction ; qu'il faudrait une consécration par des modifications aux lois qui nous régissent. Et on sait combien il est presque impossible d'obtenir quoi que ce soit de ce côté !

En ce qui concerne les vœux que l'Association peut satisfaire par elle-même, la plupart du temps elle refuse les réformes qui porteraient une atteinte profonde à ses statuts et modifieraient ses tendances passées. Elle a pour cela d'excellentes raisons : les succès, le gros capital, la responsabilité, un certain désir d'immobilité qui est le propre de toutes les institutions prospères ; la défiance des innovations.

On peut l'en blâmer, on peut s'en plaindre ; mais, pour faire accepter des réformes, il faudrait des modifications de forme, de procédure, de détails que nous étudierons, et non des propositions la plupart du temps sans caractère très pratique.

On verra par la lecture des vœux, qu'ils ont touché à presque toutes les questions qui intéressent le corps médical et que ce n'est que par exception qu'il a été possible à une Assemblée qui ne se réunit qu'une fois par an, qui a à peine quelques heures à consacrer aux affaires de toute une année, de présenter des solutions.

Nous examinerons si, maintenant que l'Association possède plus de deux millions, il n'y aurait pas possibilité, avec leur aide, d'entrer plus facilement dans la fondation des *institutions propres à compléter et à perfectionner son œuvre d'assistance.*

On peut être assuré que, comme depuis neuf ans, l'*Association* ne trouvera en nous que les critiques de bonne foi permises à l'un de ses plus anciens membres, de ses plus convaincus partisans.

A. Cézilly.

Vœux présentés a l'Association générale depuis son origine.

1858-1859 : 1re année. — Période d'organisation.

1860 : La Société du *Lot-et-Garonne* demande la création d'une *caisse de retraites.*

1861 : Vœux divers sur : l'organisation du service médical des indigents dans les campagnes ; pour la suppression des annonces et affiches médicales ; sur la rédaction d'un tarif d'honoraires ; sur l'introduction des médecins dans les commissions hospitalières ; sur la suppression de la patente ; sur l'exercice en France des médecins étrangers ; sur l'établissement par les *Sociétés locales* de consultations publiques et gratuites ; sur la création d'un journal de l'Association.

L'assemblée décide à ce sujet qu'au *lieu d'un journal* on créera *l'Annuaire*.

1862 : Vœu des Sociétés de la *Gironde* et de l'*Yonne* pour fonder une *caisse de retraites de droit*, en faveur des plus âgés, sans tenir compte de la situation de fortune, en portant la cotisation de 12 à 20 fr., le supplément de 8 fr. ne devant pas subir la retenue du 10e au profit de la caisse générale.

Vœu de la Société du Puy-de-Dome : que l'annuaire renferme les *compte-rendus* de chaque *Société locale*.

Vœu de la Société de la *Loire* : pour la revision de la loi sur l'exercice de la médecine et pour la réglementation des annonces et affiches médicales et pharmaceutiques ; exonération de la patente ; prix réduit en chemin de fer pour les délégués.

Vœu de la Société de l'*Ille-et-Vilaine* pour remplacer l'Annuaire par un journal mensuel de l'Association.

1863. La Société de la Charente repousse le vœu émis par un de ses membres, de *faire un fonds spécial destiné à secourir les étrangers*.

Société de *Châtillon* : 1° Quand on consulte une société locale sur une question étudiée et rapportée au *Conseil général*, le rapport doit être envoyé à tous les membres de l'Association générale ;

2° Les délégués devraient recevoir avant l'Assemblée générale, un ordre du jour indiquant les *Rapports du Conseil général* et les vœux qui doivent être présentés par les *Sociétés locales* à la séance. Ces rapports imprimés devraient être distribués aux délégués, avant leur lecture en séance. Le compte rendu du *Secrétaire général* devrait être distribué à l'issue de la 1re séance.

Société de *Castres* : aux Assemblées générales une Commission de délégués de la province, présidée par un membre du *Conseil général* décidera les questions à soumettre à l'Assemblée, dont une séance sera exclusivement consacrée aux affaires de la province.

Société du *Nord* : Les contributions dues par les Sociétés locales seront seulement du 10e des réserves.

La séance du lundi commencera à midi au lieu de 2 heures ; *les délégués pourront se réunir en un lieu mis à leur disposition en dehors des heures de séances, pendant toute la durée de leur séjour à Paris.*

La création d'un journal de l'Association est repoussée parce qu'elle coûterait plus que tous les revenus de l'œuvre à cette époque.

Le conseil général propose, chaque fois que ses délibérations pourront être publiées avec utilité, d'en faire une copie qui sera envoyée, durant le courant de l'année, à tous les journaux de médecine indistinctement et en même temps et chaque année, publiquement, dans l'Annuaire, le conseil remerciera les journaux qui auront publié ses communications, l'Annuaire sera maintenu.

Ces conclusions sont adoptées. (*Nous attendons leur application*).

1864. — L'Assemblée décide comme règle « que *du moment où le conseil général aura décidé qu'un vœu transmis devra être examiné dans la prochaine assemblée générale, les sociétés locales en seront averties par circulaire.* »

La société du *Nord* demande la réglementation de la vente des *remèdes secrets*. Celle de la *Côte-d'Or* désire que les places dont peut disposer l'*Administration,* en faveur des médecins, soient données seulement au Concours. L'*Aube* émet le vœu de la création de *l'ordre des médecins* et de *conseils de discipline.*

1865. — Le vœu de la Société du *Nord* qui compte 285 membres et réclame plusieurs délégués est repoussé, mais a été exaucé en 1869.

1866. — Pas de vœu, peu de comptes rendus, on va les supprimer dans l'Annuaire par nécessité.

1867. — Proposition de diviser le conseil général en différentes sections.

Les sociétés locales devront se créer un fonds de réserve avec le quart au moins et la moitié au plus de la totalité de leurs recettes. Cette réserve sera toujours disponible.

1868. — La société de l'*Allier* exprime le vœu que les sociétés locales soient invitées à faire un versement annuel à la caisse des pensions viagères d'assistance.

Allier. 1er vœu. — Le tiers du conseil général sera choisi parmi les présidents des sociétés locales.

2e vœu. — Tous les présidents des sociétés ayant plus de cent membres font, de droit, partie du conseil.

3e vœu. — Etablir des circonscriptions embrassant plusieurs sociétés locales, pour faciliter leur concert par des Assemblées *régionales*.

9me année : 1869. — Les étudiants pourront faire partie de l'Association. La majorité des sociétés locales a repoussé ce vœu.

10me année : 1870. — *Indre-et-Loire* demande que les membres du conseil général ne soient pas immédiatement rééligibles.

Vœu : Que les sociétés d'arrondissement puissent se constituer avec moins de 25 membres, (les 2 tiers des médecins inscrits dans l'arrondissement suffisent pour pouvoir constituer une société locale).

L'*Aube* et les *Alpes-Maritimes* demandent l'organisation de *conseils médicaux*, ou de *l'ordre des médecins*.

L'*Aube* demande qu'une plus large part soit faite aux praticiens de province dans le *conseil général*.

Les *Bouches-du-Rhône* demandent une caisse de retraites de droit.

Eure demande un délégué pour 25 sociétaires.

Loire demande la rédaction d'un *code de déontologie*, l'interdiction aux pharmaciens des affiches et annonces médicales.

Puy-de-Dôme demande la suppression des

médecins chargés de délivrer des certificats. (Adopté.)

1871. On demande la suppression des *médecins certificateurs*.

1872. Les vœux émis n'ont trait qu'au fonctionnement de la *Caisse de pensions viagères d'assistance*.

1873 et 1874. Pas de vœux exprimés.

1875.— La *Nièvre* et *Vaucluse*, ne pouvant créer un *conseil de l'ordre*, votent la rédaction d'un *Code de règles médicales*. Vœu pour obtenir la réduction en chemin de fer ; la *Loire-Inférieure* demande la création d'une caisse de pensions de droit.

La *Loire* demande la répression des annonces pharmaceutiques.

Les *Côtes-du-Nord* demandent que le *conseil général* prenne en mains la poursuite de l'*exercice illégal* par les corporations religieuses et le retrait de l'autorisation d'exercer à un certain nombre de *médecins étrangers*.

1876.— Vœux relatifs au service militaire des *officiers de santé, tarif des honoraires médico-légaux*, aux *pharmaciens irréguliers* ; à la rémunération des *services d'assistance*.

La société de *Castres* demande que l'*Annuaire* contienne, comme au début, l'analyse des comptes-rendus des sociétés locales. Le conseil général, considérant que l'Annuaire a trois cents pages pense qu'il y a lieu de rester dans le statu quo.

1877. — L'*Aube* demande que le local de l'Association soit mis le samedi matin, jour de la 2e séance, à la disposition des délégués. (En général ils se sont abstenus d'y venir.)

Châtillon-sur-Seine demande qu'en temps utile une liste contenant un nombre de candidats triple de ceux qui doivent être élus, soit adressée aux sociétés locales ; que tous les *rapports* soumis aux délibérations des *assemblées générales* dans la séance du lundi soient imprimés et adressés aux sociétés locales, un mois avant la réunion générale.

1878. — Le Dr Lande propose qu'un projet d'association d'assurances mutuelles entre médecins, étudié par la société de la Gironde, qui demande que tout sociétaire momentanément empêché de verser sa prime d'assurance puisse recourir à la caisse générale, soit examiné par le conseil général.

La *Marne* demande que tous les rapports qui doivent être lus en assemblée générale soient communiqués aux sociétés un mois au moins avant la séance.

1879. — L'*Allier* propose de porter à 20 fr. la cotisation des sociétaires nouveaux.

La *Savoie* demande la suppression de l'inspectorat des eaux minérales.

1880. — *Saint-Quentin* émet le vœu que les malades des *Sociétés de secours*, soient traités comme des clients ordinaires.

Eure.—Projet d'assurance mutuelle entre médecins.

Vaucluse.— idem.

1881. — *Indre-et-Loire*. — Afin de faciliter l'étude des questions à l'ordre du jour et la discussion, les rapports seront imprimés à l'avance et envoyés à chaque société locale, *huit jours* au moins avant l'Assemblée générale.

Vitry-le-Français. — L'Annuaire contiendra la date de naissance de chaque sociétaire, afin d'établir la vie moyenne des médecins.

Alpes-Maritimes demande la modification de la loi qui dit que l'ordonnance du médecin, devenue propriété du client, peut et doit être reproduite par le pharmacien.

1882.— *Châtillon-sur-Seine* propose de créer au siège de l'Association, un centre d'informations à l'usage des jeunes médecins.

Indre. — Vœu pour la révision de la législation médicale.

Limoges. — Idem, pour la pharmacie.

Rochefort. — Emet le vœu que tous les chirurgiens de marine soient obligés au doctorat.

1883. — *Gironde*. — L'Association considère les syndicats comme un complément de son action et elle se met à leur disposition comme tribunal d'honneur, en cas de difficultés déontologiques.

Isère. — Suppression du titre de médecin assermenté.

1884. — Séance consacrée aux *Syndicats* et au *conseil de l'ordre*.

Nous ne reproduisons pas les vœux des 3 dernières années connus de nos lecteurs.

TRAVAUX ORIGINAUX

Traitement de la phthisie par l'hygiène seule. (Une journée à Falkenstein.)

Je ne connais pas d'excursion plus attrayante et plus instructive à la fois pour le médecin qu'une visite à Falkenstein où le docteur Dettweiler soigne, dans un établissement fermé, 120 phthisiques par l'hygiène, la vie au grand air, l'alimentation et le repos.

Il est facile d'aller à Falkenstein. 15 heures de trajet de Paris à Francfort. De cette ville, un petit chemin de fer vous amène en quarante minutes à Kronberg, au pied du Taunus et de là, avec une demi-heure de voiture, vous arrivez par un chemin très agréable, mais montueux, à la porte de l'établissement qui est à 400 mètres d'altitude.

C'est un vaste bâtiment à trois étages, et en fer à cheval ; son style, son ornementation en bois découpé, la boiserie de son revêtement lui donnent l'aspect d'un immense chalet suisse. Tout autour, des montagnes couvertes de forêts ; au pied, des prairies ; au bas, Kronberg avec ses toits rouges et son château pittoresque ; plus loin, la plaine et un panorama très étendu que la brume nous cache. De la terrasse du Sanatorium, la vue est splendide.

C'est justement sur cette plate-forme, abritée par la maison, que se tiennent les malades. Ils sont là, couchés, sous une longue galerie ouverte, attenant au rez-de-chaussée, ils reposent enveloppés de châles et de couvertures sur des chaises longues en bambou, rendues moins dures par un petit matelas ; vêtus comme des voyageurs, on se croirait sur le pont d'un transatlantique. Ils sont étendus, côte à côte, séparés seulement par une petite table, sur laquelle se trouvent leurs livres, leurs correspondances, un verre d'eau, une tasse de lait, leur thermomètre. Au-dessous, un large crachoir, au-dessus, un bouton de sonnette électrique et un bec de gaz pour leur permettre de s'occuper le soir.

Mais comme cette galerie est insuffisante pour les contenir tous, il y a à côté des annexes. Là, c'est une grotte qui contient deux personnes. Ici, une espèce de guérite ronde à trois places, tournant sur pivot pour s'abriter du vent. A côté, au milieu des arbres, c'est une grande baraque largement ouverte, contenant une douzaine de dames, on l'a irrévérencieusement surnommé le palais des singes. Plus loin, dans un grand kiosque, habitent quelques jeunes gens, ce sont les plus gais et les plus

vaillants. Et tout ce monde vit là, dehors toute la journée, quelque temps qu'il fasse, quelle que soit la saison.

Voici comment le docteur Dettweiler a réglé la journée de ses malades. Avant de sortir du lit, tout malade est frotté soit avec un linge sec, soit avec un liquide spiritueux ou le drap mouillé, suivant l'état de chacun. Le fébricitant lui-même est toujours frotté à sec, c'est un nettoyage de la peau, les forts vont à la douche.

A huit heures, tout le monde doit être descendu; il en coûte un demi-mark d'amende pour être en retard et on prend son premier déjeuner, café au lait, thé, chocolat, avec beaucoup de crème et beaucoup de beurre. Après, on va s'étendre sur sa chaise longue qu'on ne quitte de temps à autre que pour faire une promenade de dix à quinze minutes, promenade qui est renouvelée cinq ou six fois dans la matinée. Il est recommandé aux malades de marcher lentement, sur une pente douce, les épaules écartées et de faire tous les quarts d'heure environ, une huitaine d'inspirations successives par le nez, larges et profondes, avec temps d'arrêt au maximum de développement de la cage thoracique, c'est pour déplisser le poumon et donner l'amplitude au champ respiratoire. Cette gymnastique est également pratiquée par les malades dans la station horizontale. Les forts font des promenades plus longues d'une heure et même davantage, dans la forêt voisine, mais toujours méticuleusement réglées par le médecin.

A dix heures, une tasse de lait, bue à petits coups; le docteur Dettweiler fait jouer dans la cure un rôle important au lait; c'est la meilleure suralimentation.

A une heure, dîner; c'est le repas principal, nous l'avons pris avec tous les malades, cinq ou six seulement manquaient à l'appel. La salle à manger est vaste, aérée, le repas substantiel, la cuisine soignée. Un potage, des œufs, trois plats de viandes, des compotes et tous mangeaient malgré la fièvre qui colorait les pommettes de quelques-uns; comme boisson, du vin blanc ou du vin rouge, pas de bière, on en boirait de trop.

Le docteur Dettweiler nous avait prévenu que nous n'entendrions pas tousser et en effet on ne se serait jamais cru dans une salle à manger de phtisiques. C'est qu'il s'est donné la peine d'enseigner à ses malades à résister au chatouillement qui se produit dans la gorge ou le larynx, comme on résiste au besoin de se gratter, et à ne jamais tousser inutilement. En dehors des petites pratiques ordinaires telles qu'une gorgée d'eau froide ou de lait très chaud ou la succion d'une pastille quelconque, il les a accoutumés à faire par le nez de grandes inspirations, c'est le meilleur moyen pour éviter la toux.

Un malade ne doit pas tousser plus de trois fois sans que l'expectoration suive et il est bien entendu qu'il ne faut jamais cracher par terre, ni dans son mouchoir. Dans tous les coins de la maison, sont disposés de larges crachoirs remplis d'eau et nettoyés deux fois par jour.

Après le repas les malades retournent à leur chaise longue et prennent le café au grand air. Ils le font suivre d'un peu de cognac que chaque malade porte sur lui dans un petit flacon; on en fait un assez large usage, les débilités surtout en prennent dans la journée 60 à 80 grammes avec de l'eau ou dans du lait.

C'est à ce moment que chacun prend sa température buccale, sous la langue, et l'inscrit sur un carnet. Elle est prise trois fois par jour chez tout le monde et jusqu'à six fois chez les plus malades.

Les heures de l'après-midi passent comme les précédentes; le malade, toujours étendu dans un repos complet interrompu seulement par quelques courtes promenades, réglées comme le matin.

A quatre heures, nouvelle tasse de lait; on va la prendre à la vacherie; c'est tout à côté. Dix belles vaches laitières admirablement tenues, donnent un lait excellent; les animaux sont l'objet d'une surveillance spéciale et fréquemment renouvelés.

A sept heures, souper composé: surtout de viandes froides variées, filet froid, jambon, poulet froid, etc., et la soirée se termine dehors jusqu'à neuf ou dix heures, suivant la saison; parfois un grog est accordé avant d'aller se coucher.

Les malades remontent alors dans leur chambre; les fenêtres en sont restées grandes ouvertes toute la journée; une marquise, qu'on peut baisser à volonté, a empêché le gros soleil d'y pénétrer. A l'intérieur, un store léger abaissé aux deux tiers, défend du regard des voisins et tamisera l'air, qui va pénétrer toute la nuit par la croisée laissée à demi ouverte. Les chambres sont très propres, sans tapis ni rideaux. Les portes et fenêtres joignent mal; dans un coin, un petit poêle avec tirant d'air extérieur, qu'on allumera pendant les grands froids seulement, une heure le matin, juste le temps de la toilette.

Voilà la journée d'un phtisique à Falkenstein. Le séjour permanent à l'air extérieur l'endurcit, l'aguerrit contre le froid et le rend très résistant aux refroidissements qui viennent si souvent compliquer la marche de la maladie. Aussi, une précaution sur laquelle insiste particulièrement le docteur Dettweiler, c'est d'éviter tout ce qui peut faire transpirer le malade; rien n'affaiblit, rien ne prédispose plus aux refroidissements que la transpiration. C'est pourquoi les promenades sont prescrites suivant les forces de chacun et si, par mégarde, un malade rentre en sueur, il doit immédiatement prévenir et se rendre dans une pièce spéciale où on le frotte et on le sèche. Cette pratique nous a semblé excellente.

Quand les malades vont un peu mieux, on leur permet assez facilement de fumer un ou deux cigares, les dames peuvent chanter, avec beaucoup de modération toutefois. Un billard et une salle de lecture est à leur disposition; les fenêtres en sont largement ouvertes, comme vous pouvez bien le penser.

Pas de traitement pharmaceutique, un peu d'antipyrine ou de l'antifébrine, de la morphine dans de l'eau, le soir; jamais plus d'un centigramme, jamais après minuit.

En résumé, on peut voir que dans cette méthode il n'y a rien de spécifique. C'est une série de détails, de précautions minutieuses, dont les grandes lignes se résument ainsi :

Séjour permanent au grand air, alimentation abondante, repos absolu; c'est là un point important, et la gymnastique pulmonaire.

Comme résultat pratique, les malades guérissent dans les proportions de 27 %, y compris les formes les plus graves, et d'après des statistiques commencées il y a douze ans.

Les malades séjournent en moyenne cinq mois dans l'établissement; ils y ont appris à se soigner et, une fois dehors, ils continuent à vivre chez eux comme ils vivaient à Falkenstein. Beaucoup peuvent reprendre leurs occupations premières.

Le docteur Dettweiler est l'âme du sanatorium ; c'est à lui que l'on doit l'excellente organisation et le fonctionnement modèle de cet établissement. Il a été aidé dans sa tâche par de riches Francfortois qui ne comptent pas avec lui. Le médecin est le maître absolu.

Deux mots sur la situation morale de ces malades. On leur a dit à tous la vérité presque tout entière sur leur état. C'est le seul moyen de diriger tous les efforts de leur volonté vers le but, vers la guérison. De plus, pour que rien ne vienne les troubler, ils doivent être isolés, éloignés de leurs familles. Nos voisins s'acclimatent assez facilement à ce genre de vie. Peu se retirent, ils ont la foi et ne demandent qu'à guérir. D'ailleurs, tout indiscipliné est impitoyablement renvoyé.

Comment nous, Français, supporterions-nous cette façon de vivre? Je crois qu'il vaudrait la peine d'en faire un essai sérieux et que des établissements de ce genre seraient dans notre pays d'une incontestable utilité.

Loin de moi, cependant, la pensée de croire que hors du sanatorium, il n'y a pas de salut. Je suis persuadé, au contraire, que si on a la foi dans la médecine de l'hygiène, que si on a la fermeté et l'autorité nécessaire pour conduire les phthisiques dans cette voie, on pourra leur rendre les plus réels services et leur permettre en outre de bénéficier de toutes les ressources climatologiques qu'offre notre pays.

Voilà ce que j'ai vu et appris à Falkenstein ; de cette visite, il me restera de la reconnaissance pour *l'excellent accueil* du docteur *Dettweiler* et de son assistant le docteur Meissen ; j'en aurai rapporté aussi un souvenir étrange et ne pourrai m'empêcher, l'hiver au coin du feu, de songer que là-bas, dans le Taunus, avec 12 degrés de froid, cent phthisiques passent leurs soirées dehors, lisant ou causant à la lueur du gaz, n'ayant devant eux, à perte de vue, qu'un immense tapis de neige.

(*Bulletin médical.*) Dr Pouzet.

CORRESPONDANCE

A propos de la liste des médecins de l'Union médicale, publiée n° 29, nous recevons la lettre suivante :

Monsieur et cher confrère,

Comme je viens de lire mon nom dans la liste des médecins de l'Union médicale des Sociétés de Secours mutuels, je crois devoir vous informer que j'ai donné ma démission avant même d'être entré en fonctions, c'est-à-dire dès le jour où j'ai pu prendre connaissance du règlement médical de cette Société.

Veuillez, Monsieur et cher confrère, agréer l'expression de mes meilleurs sentiments de confraternité.

Dr Ernest Mareau,
Xe arrondissement, membre du Concours.

P. S. Je vois aussi mon nom (Mâreau) figurer sur la liste des docteurs du 11e arrondissement, il doit y avoir là également une erreur de nom.

22 juillet 1888.

BULLETIN DES SYNDICATS

ET DE

L'UNION DES SYNDICATS

Directeur : Dr BARAT-DULAURIER

Syndicat de l'Aisne et de la Vesle.

24e séance (*suite*).

§

Organisation du Loiret. Dans le Loiret, sous l'impulsion du Dr Gassot, de Chevilly, inspecteur départemental, il a été organisé un service cantonal de médecine gratuite.

Les médecins cantonaux sont chargés :

1° Du traitement des malades indigents ;

2° De la vaccination gratuite;

3° De la surveillance des enfants assistés, ainsi que des vieillards ou infirmes placés au compte du département chez les particuliers;

4° De l'inspection de l'hygiène publique ;

5° De l'inspection des écoles publiques et privées.

Les médecins cantonaux sont nommés par le préfet qui divise le département en circonscriptions médicales. Les médecins cantonaux reçoivent une indemnité annuelle qui se compose: de 5 fr. par indigent, voté par les communes; d'une indemnité de déplacement de 6 cent. par kilomètre parcouru et par indigent.

Le nombre des indigents est calculé sur le vingtième de la population.

Je n'entre pas dans plus de détails sur cette organisation qui fait des médecins, des fonctionnaires hiérarchisés, les parquant dans des circonscriptions bien limitées, se trouvant journellement en butte à la tracasserie administrative comme aux passions politiques, et ne les laissant pas libres, indépendants, pas plus du reste que le malade.

De plus, le paiement par tête d'indigent est bien modique : le paiement à la visite est bien plus logique. L'indemnité de déplacement de *un sou* par kilomètre est dérisoire !

§

Dans la Haute-Saône, après l'expérimentation parallèle de deux systèmes spéciaux: le système des circonscriptions avec abonnement, et le système des bons à prix réduits, expérimentation qui a duré de 1875 à 1883, le préfet arrête le 30 novembre 1883 que des deux systèmes un seul survivra, la circonscription avec abonnement.

Dans cet arrêté, la vaccine est comprise avec les soins aux indigents.

Je ne veux pas de cet amalgame.

Cet arrêté est du reste compliqué; ainsi il y a une somme de 9,000 fr. votée par le conseil général pour les médicaments, et 0 fr. 10 c. par tête d'indigent pour le service de la médecine gratuite.

La médecine gratuite est mandatée par le préfet; la vaccine par le maire, etc.

Tout cela, ce sont des chinoiseries, et le Dr Gauthier (de Luxeuil) fait une critique amère, mais bien juste de cette organisation.

« La difficulté, dit-il, est dans la confection de la liste. Pour moi, il vaut mieux fixer les cotisations communales à tant par tête d'indigent, que tant par tête d'habitant. Le conseil municipal y regarderait de plus près. Il se trouverait toujours là quelqu'un

pour protester dans l'intérêt du budget municipal contre les inscriptions abusives sur la liste des indigents.

Au contraire, lorsqu'on établit les cotisations à tant par tête d'habitant, plus on inscrit d'indigents sur la liste, mieux on administre dans l'intérêt de la commune; et qu'importe que ce soit à notre détriment. Aussi, chaque année, le médecin est-il obligé de batailler, seul contre tout le conseil municipal, pour s'opposer à des inscriptions nouvelles. La veille des élections, c'est une véritable avalanche d'inscriptions scandaleuses.

On fait à nos dépens de la popularité électorale.

Enfin, il est de toute justice que les cotisations communales, qui constituent dans le budget de l'assistance médicale la rémunération du médecin, soient proportionnées au nombre des malades à soigner et non pas au nombre des habitants dont nous n'avons que faire.

Quel que soit le système que l'on adopte pour l'organisation de l'assistance médicale, ce *sera toujours un sacrifice que l'on demandera au médecin*. Encore faut-il qu'à ce sacrifice ne vienne pas s'ajouter l'ennui des discussions toujours pénibles. Ce sacrifice, nous sommes disposés à le consentir pour l'honneur de notre profession, mais il ne faut pas qu'il dégénère en exploitation révoltante. »

§

Organisation en Indre-et-Loire.— Voici le résumé de l'organisation en Indre-et-Loire, et que le syndicat de la Vienne vient d'adopter à l'unanimité. Elle est conçue dans un esprit libéral et donne au médecin des honoraires bien suffisants.

Etablissement des listes d'indigents.

1° La liste des personnes indigentes auxquelles le traitement gratuit pourra être accordé sera dressée dans toutes les communes du département.

Les inscriptions seront individuelles.

2° Cette liste sera établie par une commission dans laquelle figurera le médecin le plus rapproché de la commune, et dans le cas où il y aurait plusieurs médecins, tous les médecins feront partie de la commission.

Cette liste devra indiquer :

1° Le nom, l'âge, la résidence, le sexe de chaque indigent.

2° La distance kilométrique de l'habitation du ou des médecins les plus rapprochés de celle de l'indigent.

Service médical.

3° Le service médical comprendra l'administration gratuite aux indigents des secours de la médecine, de la chirurgie, des accouchements, de la vaccine et de la pharmacie.

4° Le service sera fait au moyen de billets de visites, détachés d'un livre à souche, délivré soit par le maire, soit par un de ses délégués, et indiquant l'indigent et la distance de son domicile à celui du médecin.

5° Sur l'exhibition de ces billets, les médecins et sages-femmes donneront les soins relevant de leur profession (consultations ou visites). Toutefois, dans les cas urgents, ils pourront être appelés directement par le malade ou sa famille, mais dans les 24 heures, le billet de visite devra être remis au médecin.

6° Au bas de chaque billet (un seul suffit pour le cours de la maladie) les médecins et sages-femmes établiront le mémoire détaillé de leurs honoraires d'après le tarif annexé.

7° Chaque indigent inscrit sera muni d'une feuille délivrée par le maire) qu'il conservera à domicile et sur laquelle le médecin devra inscrire ses visites et ses prescriptions médicamenteuses ; ces feuilles seront remises au maire après guérison.

8° Les médicaments seront fournis par le ou les pharmaciens qui accepteront les conditions du tarif proposé par l'Administration ou bien par le médecin, s'il n'y pas de pharmacien à distance légale.

Un tarif de médicaments sera élaboré par une commission composée de pharmaciens auxquels s'adjoindront des médecins et un agent de l'administration.

Tout médicament fourni par d'autres personnes restera à la charge de l'indigent. Il ne pourra être délivré d'autres médicaments que ceux prescrits au tarif. Le tarif sera révisable.

Le conseil statuera sur l'admission de nouveaux médicaments au tarif, s'il y a lieu, et en indiquera les prix.

Les pharmaciens présenteront les ordonnances à l'appui de leurs mémoires, lesquels seront établis d'après le prix du tarif.

9° Tous les six mois dans le cours du mois de juillet et de janvier, sous peine de déchéance, les billets de visite et les ordonnances seront remis, par les médecins, pharmaciens et sages-femmes à la commission qui établit les listes d'indigents qui les adressera à la préfecture pour être vérifiés.

Honoraires.

10° Le prix des visites est fixé à 0 fr. 50 par kilom. ou fraction de kilom., plus 1 fr. pour la visite. Les consultations seront gratuites. Les accouchements seront de 25 fr.

11° Les membres du comité chargé de la vérification des comptes sont nommés par le préfet pour 3 ans sur la désignation qui en est faite par le suffrage de tous les médecins (exerçant légalement dans le département). Il est évident que nous n'indiquons pas de noms d'agents administratifs, mais bien des médecins.

Les membres sont toujours rééligibles. Les pharmaciens sont nommés dans les mêmes conditions par leurs confrères.

Les notes seront réduites proportionnellement de façon à ne pas dépasser le crédit voté par le conseil général.

§

L'organisation en Indre-et-Loire fonctionne bien. A ce sujet, voici les renseignements que me donne le Dr Chaumier (du Grand-Pressigny). Les dépenses sont payées sur un crédit formé par les sommes votées par les communes, environ moitié de la dépense moyenne, par une subvention votée par le conseil général, par une allocation de l'Etat.

Le conseil général vote 7.900 fr.

Cette année, 1887, le total était de 23.915 fr.

La préfecture avait dépensé pour impression et frais divers 357 fr. 12; il restait donc 23,617 fr. 88. Or le montant des mémoires était de 28,707 fr. 46 ; sur cette somme il a été diminué d'office pour malades ne figurant pas sur les listes 948 fr. 20, pour visites comptées au-dessus du tarif 615 fr. 30, pour petites opérations et consultations 117 fr. 90. Il reste une insuffisance de 3,410 fr. 18. C'est alors que les mémoires sont soumis à la commission.

Les pharmaciens examinent les mémoires de pharmacie et les ramènent aux prix du tarif lorsqu'ils sont exagérés, suppriment les spécialités, etc.

Les médecins examinent tous les mémoires de médecine, et lorsqu'il semble y avoir abus de visites, ce qui arrive de temps en temps, on taille à même dans le mémoire.

Il y a 4 ans, première année de fonctionnement de la commission, il y a eu sur les mémoires une diminution proportionnelle de 27 %. La deuxième année 2 %, la troisième 0, la quatrième, on ne sait encore; mais s'il y a une réduction générale, elle sera minime. Dans le cas où toutes les réductions faites par la commission, il y a encore un déficit, on fait une réduction proportionnelle.

Cette réduction, on pourra toujours l'éviter si la commission est toujours animée du même esprit, et si elle opère toutes les réductions nécessaires pour avoir des mémoires honnêtes.

Dans l'Indre-et-Loire, tous sont contents de cette organisation, sauf les réduits, et qui sont du reste toujours les mêmes. »

IV

Conclusions. — Il nous sera facile de conclure. Le système de l'abonnement a fait son temps, il ne doit plus être employé ; on a vu dans mon long historique de la médecine gratuite dans l'Aisne, à quels résultats on était arrivé, et que ce résultat avait été prévu même avant fonctionnement par notre président et ami, le Dr Ancelet, de Vailly (1).

Pour les mêmes raisons, la médecine cantonale ne doit pas être usitée. Les médecins sont trop jaloux de leur liberté pour vouloir passer à l'état de fonctionnaires.

Le service des indigents des Vosges, dû à M. Lardier, constitue un progrès très sensible et fonctionne bien, grâce au zèle d'apôtre de notre confrère; mais je pense avec la commission de l'Union des *Syndicats qu*'il faut séparer l'assistance publique (au moins pour le moment) complètement des autres services médicaux qui sont réglementés.

Il reste donc l'organisation d'Indre-et-Loire ; c'est la meilleure à mon point de vue, et elle rentre parfaitement, pour les idées comme pour le tarif, dans le cadre qui m'était donné.

L'établissement obligatoire des bureaux de bienfaisance s'impose et je suis heureux de me trouver du même avis que le sénateur philanthrope, Th. Roussel, qui dit que les nécessités de l'assistance publique exigent la création dans chaque commune d'un bureau de bienfaisance. Il n'est pas effrayé par l'objection que la plupart de ces bureaux n'auront pas de ressources. Il sait que leur existence sera une attraction pour les dons, que même sans fonds de caisse, il est bon qu'il y ait une représentation officielle des pauvres. Du reste, ce système appliqué en Italie est très fructueux.

Au point de vue de la confection des listes, c'est aussi un avantage : les bureaux de bienfaisance prépareront les listes en octobre, et elles seront approuvées par les conseils municipaux en novembre.

Le service doit être départemental ; au point de vue qui nous occupe, le département est le syndicat né des communes, surtout pour les visites à domicile ; mais rien n'empêchera les communes de se syndiquer pour créer des hôpitaux, asiles, etc. Le rapporteur de la loi sur les syndicats de communes, à la Chambre des députés, mon ami M. P. Doumer dit dans son rapport : « Dans les campagnes, les services d'assistance sont de ceux qui profiteront le plus de la loi. Ce sera bien souvent la nécessité de créer des établissements de bienfaisance qui pousseront les communes à l'association, et cela d'autant plus que la Chambre voudra certainement donner au pays comme complément et comme couronnement de l'œuvre du progrès social qu'elle a entreprise, la grande loi sur l'assistance publique dont le besoin est si pressant. »

(1) Voir *Concours médical*, 5 mai 1888.

Tout cela est bon, et bien dit ; mais nous savons tous quel temps les commissions, parlementaires ou non, mettent à faire passer à l'état de loi le résultat de leurs travaux.

C'est pourquoi il est de notre devoir à tous et surtout à toutes les sociétés ou associations médicales d'émettre à toute occasion les vœux suivants :

1° Loi sur l'assistance publique obligatoire pour toutes les communes ;

2° Loi sur la création obligatoire d'un bureau de bienfaisance dans chaque commune ;

3° Décret créant le plus tôt possible une direction de la santé publique au ministère de l'intérieur.

En attendant, les sociétés médicales de l'Aisne et de la Marne doivent user de leur influence auprès des préfets et des conseillers généraux de ces deux départements pour leur faire admettre le système d'Indre-et-Loire.

Comme je l'ai dit plus haut, c'est la meilleure organisation pour le moment ; elle rémunère le médecin proportionnellement aux services rendus et laisse au pauvre malade et à son médecin ce bien précieux : *La Liberté* ! (Applaudissements.)

Le président met aux voix ces conclusions qui sont adoptées à l'unanimité.

Le syndicat vote ensuite la réunion de deux rapports du secrétaire en une seule brochure qui sera envoyée aux préfets, aux conseillers généraux médecins, aux présidents des sociétés, syndicats, associations des départements de l'Aisne et de la Marne. Il sera demandé à toutes ces sociétés de mettre la question à l'ordre du jour de leur plus prochaine séance.

§

Le secrétaire expose qu'il est de l'intérêt du corps médical d'être représenté à l'assemblée générale de l'Association des médecins de France par des médecins ruraux, et il engage ses confrères à se présenter dans leurs associations respectives comme délégués. Lui-même donnera l'exemple. (Approbation).

Avant de se séparer, le Syndicat vote une somme de 20 fr., que le Secrétaire enverra au « Concours Médical » pour être remise à Mme veuve Fichou.

Le secrétaire,

Dr H. LÉCUYER, de Beaurieux (Aisne).

NOUVELLES

Distinctions honorifiques récemment accordées à des membres du *Concours Médical* :

Légion d'honneur : Chevalier, M. le Dr Vansalon médecin de la marine.

Officiers d'Académie : MM. les docteurs Barband, de Paris ; Mourgue, de Nîmes, et de Welling, de Rouen.

Chevalier de la Légion d'honneur : docteur Teillais, président honoraire du syndicat de Nantes.

Le prince de Monténégro vient de nommer commandeur de son ordre le Dr Grellety, de Vichy.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret de faire part à nos lecteurs du décès du Dr Pouget, de Brioude, membre du *Concours médical*.

Le Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise).— Imp. DAIX frères, place St-André,

cepter l'offre de la préfecture. Qu'elle rétribue la vaccination, l'inspection des enfants, celle des écoles, la médecine des indigents ; que le syndicat fixe lui-même les circonscriptions ; alors vous pourrez faire quelques réductions. Mais il n'y a aucun bon sens à venir à chaque instant demander, au nom de l'humanité, aux médecins, de faire des services gratuits. Il est bien plus logique que la population tout entière fasse le sacrifice d'argent nécessaire pour la défense de la santé générale et qu'elle renonce à l'idée singulière qu'un pauvre médecin doit payer en travail pour la collectivité. Pourquoi M. le Préfet ne demande-t-il pas aux cordonniers de chausser chaque année les indigents de son département ? Il n'en aurait guère l'idée, si bien il connaît la réponse ! Les médecins, il croit les honorer, en leur demandant de s'offrir en holocauste. Il est dégradant pour la société de venir ainsi prêcher misère et vouloir vivre des charités d'une profession qui, certes, ne brille pas par la fortune !

Dr M., à M. (Bouches-du-Rhône). — Le Dr T., d'A., n'a pas encore envoyé son adhésion au *Concours*. — On lui a servi le journal et envoyé les statuts. Prière d'insister, si possible.

Dr D., à T. (Seine-et-Oise). — On fera ce que vous désirerez ; mais vu le produit, il faut accepter une offre même peu élevée.

Dr P., à E. (Deux-Sèvres). — La poste *ignorait* la gare d'E. et son télégraphe !

Dr R., à L. (Charente-Inférieure). — Dire qu'on a pu voir un docteur en médecine se faire le *rapporteur* d'un Conseil général qui après avoir alloué 4000 f. pour l'application de la *loi Roussel*, supprime ce crédit. Voilà qui donne une haute idée des connaissances de ce confrère et de ses sentiments d'humanité. Il est certain qu'il ne connaît pas la question.

Dr B., à S. (Basses-Pyrénées). — On vous a envoyé les noms des présidents des Syndicats du Var et des Alpes-Maritimes ; écrivez-leur ; ils vous renseigneront. Les Bureaux des syndicats rendent de grands services par la correspondance qu'ils entretiennent. Qui mieux que

Voir la suite de la correspondance à la page 6 des Annonces.

Dixième année | N° 32 | 11 Août 1888

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE

L'appellation méprisante qu'un homme politique adressait il y a peu d'années à la majorité des membres d'un de nos parlements en les traitant de sous-vétérinaires, ne serait plus comprise, sinon comme un éloge, par les médecins étrangers qui ont assisté au *Congrès de la tuberculose* et au succès qu'y ont eu les vétérinaires. L'intérêt des communications qu'ils ont faites était réel ; on pourrait toutefois leur reprocher un peu trop de tendance à invoquer sans cesse l'intervention d'une réglementation officielle, qui conduirait à la création de bon nombre de places d'inspecteurs un peu bien onéreuses pour le budget.

Ce que les médecins et le public ont à retenir surtout, c'est que, pour se préserver de la tuberculose, il suffirait le plus souvent de faire bien cuire la viande (renoncer au préjugé qui croit la viande saignante meilleure pour les gens débiles), et faire toujours bouillir le lait.

Après avoir nommé M. Villemin comme président pour la prochaine session (1890), le Congrès s'est séparé, mais il a résumé ses travaux par le vote de vœux dont le comité d'organisation est chargé de poursuivre la réalisation.

I. — Qu'il y a lieu d'attribuer aux Conseils d'hygiène des attributions plus étendues, de leur conférer la surveillance des comités des épizooties, et par conséquent d'introduire dans ces attributions les maladies des animaux, et de leur soumettre toutes les questions relatives aux affections contagieuses des animaux domestiques, y compris celles qui, jusqu'alors, n'ont pas paru transmissibles à l'homme.

II. — Qu'il constate avec reconnaissance l'inscription, parmi les affections contagieuses, de la tuberculose des vaches, de par le décret qui vient d'être signé par M. le Président de la République.

III. — Qu'il y a lieu d'insister sur la nécessité de poursuivre, par tous les moyens possibles, l'application générale du principe de la saisie et de la totale destruction des viandes provenant d'animaux tuberculeux, quelle qu'en soit la provenance et quel que soit l'aspect de ces animaux.

IV. — Que l'ensemble de ces délibérations est applicable en tous les pays du monde, parce qu'en ces pays, comme en France, la question de la tuberculose comporte les mêmes problèmes.

V. — Qu'il convient de répandre dans le public, principalement dans les campagnes, des instructions simples, propres à préserver les populations, par des moyens aisés à exécuter, des dangers qu'il y a à ingérer les viandes et le lait d'animaux qui peuvent être phthisiques, et des procédés aptes à désinfecter les objets et excreta issus des tuberculeux en traitement dans leurs familles, à détruire en un mot les germes virulents.

VI. — Qu'il faut soumettre à une surveillance spéciale les vacheries destinées à la production industrielle du lait, afin de s'assurer que les vaches ne sont pas atteintes de maladies contagieuses susceptibles de se communiquer à l'homme, et que cette surveillance doit comprendre les établissements quelconques de pareille nature.

— A l'Académie de Médecine, M. C. *Paul* a fait connaître le procédé qu'il emploie pour provoquer une inflammation modérée dans la poche des *ané-*

vrysmes, introduction d'aiguilles très fines, dites aiguilles japonaises.

M. *Ern. Besnier* a lu, sur les mesures de prophylaxie générale et individuelle à prendre à l'égard des sujets atteints de la *pelade*, un rapport sur lequel le défaut d'espace nous empêche d'insister aujourd'hui, mais que nous analyserons la prochaine fois.

THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALE

Traitement antiseptique des péritonites

Leçon de M. le professeur Ch. BOUCHARD, recueillie par le docteur P. LE GENDRE.

L'antisepsie du péritoine ne vise pas toujours un péritoine devenu septique. L'ascite n'est pas septique. Les kystes hydatiques, quand leur contenu vient à s'épancher dans le péritoine, ne le contaminent pas par infection ; le liquide qu'ils renferment n'est nuisible que par ses propriétés toxiques, comme M. Debove l'a récemment prouvé. Les tumeurs de l'ovaire, de l'utérus ne réclament pas directement l'antisepsie. Mais, quand le médecin croit devoir intervenir au cours de l'ascite par la ponction, quand le chirurgien pratique la laparotomie, tous deux doivent observer minutieusement les précautions nécessaires pour prévenir l'infection ; c'est-à-dire s'assurer de l'asepsie du tégument, des instruments, de leurs mains, et faire des pansements qui ne laissent arriver l'air que filtré.

Si pendant l'opération un liquide non septique, comme du sang en petite quantité, s'épanche dans le péritoine, le mieux est de n'y pas toucher ; s'il y en a trop, on fait la toilette du péritoine, au moyen d'éponges aseptiques imbibées d'eau bouillie.

Si l'infection est réalisée, si le péritoine contient du pus ou des agents infectieux venus de l'intestin ou de l'utérus, il est nécessaire de faire un nettoyage avec des solutions antiseptiques de bichlorure de mercure, d'acide phénique, avec l'eau naphtolée comme l'ont fait quelques chirurgiens dans ces derniers temps.

La laparotomie est en général réservée au traitement et même au diagnostic de maladies ou de tumeurs de l'utérus, des trompes, des ovaires, du foie, de l'intestin, de la sténose pylorique. Mais elle est applicable aussi au traitement de la péritonite que provoquent les plaies perforantes de l'intestin, les épanchements septiques ou suppurés dans le péritoine.

Lorsque quelque matière septique a pénétré dans la cavité péritonéale par une perforation de l'intestin ou de l'utérus ou par l'orifice externe des trompes, il se fait une péritonite qui au début est encore localisée. On doit se préoccuper d'en prévenir autant que possible la généralisation. Mais il faut d'abord s'être rendu compte de la manière dont cette généralisation s'effectue. Il y a en médecine des mots malheureux qui empêchent de comprendre les choses qu'ils ont la prétention d'expliquer : on dit d'une péritonite qu'elle *s'étend*, qu'elle *gagne* de proche en proche, qu'elle se *renforce* ; on parle d'une inflammation comme s'il s'agissait d'une personne. Défions-nous de ces métaphores ; elles font bien du mal en médecine.

Au fond, l'extension d'une péritonite consiste en une succession *d'inoculations* résultant des mouvements de l'intestin qui brassent les matières sep-

FEUILLETON

Aux jeunes médecins. (1)

La profession médicale.

Dans une maison bien tenue, on exige que les gens de l'office, que les cuisiniers surtout, soient vêtus de blanc....

Pourquoi ?

Il y a des professions, mes amis, qui ne comportent pas la moindre souillure et où la plus petite tache est désagréable et suspecte.

La médecine est une de ces professions où la plus grande propreté est de rigueur, propreté *intus* et *extrà*.

Vous entendrez dire qu'elle est un état comme un autre. N'en croyez rien.

***

Non, la Médecine n'est pas un état comme un autre. Un marchand vend des étoffes ou des épices ; un artiste, ses tableaux ; un autre, les produits de son industrie et de son travail ; l'avocat donne ou fait payer ses avis sur un cas litigieux quelconque en supputant les aléas de la procédure ; etc....

Tout cela, mes amis, constitue des opérations plus ou moins mercantiles où la sentimentalité humaine n'a pour ainsi dire rien à voir.

Notre intervention a quelque chose de plus intime et de tout à fait confidentiel. Les bons offices du médecin ne consistent pas tant, le plus souvent, dans une opération faite ou dans un conseil donné, que dans l'intérêt tout particulier, que dans la sollicitude dont ces bons offices ont besoin d'être assaisonnés pour porter leurs fruits.

Le médecin n'est donc plus un vendeur ou un serviteur ordinaire.

Il est un homme de confiance et un ami ; mais une sorte d'ami qui n'appartient spécialement à personne, un ami d'ordre général, sur lequel on est en droit de compter, puisque, par état, par dignité, par respect de lui-même, il doit à chacun ce qu'on attend d'un ami, aide et protection.

Toutefois, c'est un ami, remarquez-le bien, qui n'est pas comme un autre parce qu'il n'est pas l'égal de ceux qu'il oblige, lesquels ne sauraient lui rendre ce qu'il donne ou faire pour lui ce qu'il va faire pour eux.

Puis, comme on est amené à lui tout dire, à lui confier les secrets les plus délicats, il entre nécessairement dans l'intimité des familles beaucoup plus que les familiers de la maison, avec cette différence encore qu'il n'est à proprement parler le fami-

(1) M. le Dr Perron (de Besançon) va éditer son traité de l'*Honnêteté professionnelle* qui sera précédé d'une préface dont nous extrayons le présent feuilleton. Nous ne saurions trop recommander la lecture de ce traité dont la réimpression en brochure a été réclamée de tous côtés à l'auteur. H. C.

tiques épanchées entre les circonvolutions ou l'exsudat liquide sécrété par la séreuse et contenant les agents pathogènes. Ce sont les intestins qui transportent eux-mêmes les organismes septiques et les disséminent. On doit donc se proposer d'empêcher ce transport en *immobilisant* l'intestin, afin que la péritonite reste circonscrite ; c'est là de l'antisepsie indirecte.

Ainsi il faut supprimer toute cause capable de solliciter les mouvements intestinaux exagérés. Les purgatifs doivent donc être interdits, car ils ont justement pour effet de généraliser la péritonite qu'ils prétendent enrayer. Vous ne sauriez croire combien l'intervention du médecin est fatale dans beaucoup de péritonites par suite de ces purgatifs intempestifs ; j'en connais de nombreux exemples.

Pour empêcher les mouvements de l'intestin, il faudrait pouvoir supprimer les aliments et les boissons. Cependant, direz-vous, ne faut-il pas nourrir le malade ? D'abord, cela n'est pas nécessaire ; dans la péritonite, les malades ne réclament pas l'alimentation avec tant d'insistance. Quand le médecin les oblige à prendre des aliments, ils les vomissent, et les secousses que le vomissement imprime au contenu de l'abdomen sont mauvaises.

Si cependant vous croyez nécessaire de donner quelque alimentation, recourez à de petits lavements de peptones, additionnés d'opium, véhiculés dans une très petite quantité de liquide et administrés avec lenteur.

Mais les boissons sont nécessaires dans une certaine mesure : si le malade peut se passer de manger pendant quelque temps, les boissons ne peuvent pas être supprimées plus de 24 heures sans danger. Or il faut plus de 24 heures pour obtenir la formation d'adhérences entre les anses intestinales et les feuillets du péritoine, adhérences qui limiteront le processus inflammatoire. On peut donner quelque boisson, mais à la condition de n'en donner qu'une petite quantité : si on fait prendre de l'eau glacée pure par cuillerées à bouche tous les quarts d'heure, on arrive à faire absorber 1,440 grammes de liquide en 24 heures. Mais 400 grammes suffisent à la rigueur pour satisfaire aux besoins de l'émonction urinaire et prévenir l'auto-intoxication. Donc on se contentera de donner une cuillerée à café d'eau glacée tous les quarts d'heure pendant les vingt premières heures.

Il vaut même mieux encore utiliser le rectum pour administrer la boisson ; en donnant 3 fois par jour un lavement de 150 grammes d'eau, contenant ou non des peptones, on fera absorber 450 grammes d'eau dans les 24 heures.

Outre ces moyens hygiéniques, il y a lieu d'employer certains médicaments pour immobiliser l'intestin. On administre l'opium par la bouche, le rectum ou le tissu cellulaire sous-cutané : on peut prescrire l'extrait en pilules à la dose de 10 à 20 centigrammes, les gouttes noires qui contiennent moitié moins d'opium, le laudanum de Rousseau (1/4), celui de Sydenham (1/8), la teinture (1/12).

Il convient de préférer les injections sous-cutanées de morphine à doses variables suivant les individus et indiquées par la tolérance, qui est très grande dans la péritonite ; on peut injecter de 1 à 15 centigrammes de sel de morphine. Cette médication convient à la péritonite localisée au voisinage de l'appendice iléo-cœcal ; j'ai immobilisé l'intestin absolument pendant 15 jours au cours d'une fièvre typhoïde. With l'a fait pendant 28 jours

---

lier de personne. C'est le *famulus* secourable et le confident de tout le monde.

* * *

On conçoit de quel caractère élevé un médecin se trouve en fait investi, et quel rôle exceptionnel il est appelé à remplir dans la société. Tous ceux qui sont dans la peine ou qui ont besoin d'être consolés et relevés, vont à lui pour en avoir assistance ; tous les égoïsmes souffrants font appel à sa commisération, à ses lumières et à son bon cœur.

Dans des conditions pareilles, quelle action considérable ne sera-t-il pas appelé à exercer sur son entourage ! De quelle puissance, pour le mal comme pour le bien, ne pourrait-il pas disposer ! Et dès lors à quelles obligations rigoureuses ne devra-t-il pas être astreint !

On comprend, n'est-ce pas, la nécessité des lois spéciales qui ont été faites exprès pour lui.

Quelle belle et grande mission à y regarder de près ! Mais que de vertus il faudrait avoir pour la bien remplir !... Des vertus apostoliques.

La médecine exige qu'à chaque instant le ministre de ses autels y sacrifie ses révoltes intérieures, ses susceptibilités blessées, sa droiture méconnue, sa bonne foi trompée, sa réputation déchirée et vilipendée.

Ah ! disons-le hautement, la médecine est bien un sacerdoce.

Les Médecins et les Consultants.

Et la preuve que c'est bien là le sentiment du corps médical tout entier, c'est que nous n'admettons pas sans difficulté et sans répugnance à faire partie de nos Sociétés confraternelles, ceux qui s'adonnent à la réclame et au charlatanisme et qui comptent les clients comme une matière à exploiter.

A cet égard on pourrait croire que beaucoup de célébrités médicales dans les grandes villes semblent nous donner tort en autorisant, par leur exemple, sinon par leur parole, ce que nous considérons comme une dérogation et une atteinte aux principes de morale qui doivent régler l'exercice de notre profession.

Mais leur situation, mes amis, et la nôtre, ne sont pas les mêmes.

Comme nous l'avons dit, le médecin est un confident pour toutes les choses de la santé : c'est l'homme de bon conseil auquel on a recours pour être assisté, éclairé, dirigé. Il appartient à une sorte de familiarité générale, et il joue un rôle absolument intime dans les maisons où il est appelé.

Un archiâtre, au contraire, le chirurgien en renom, le spécialiste célèbre, le clinicien éminent que sa science ou des aptitudes merveilleuses font rechercher dans certains cas embarrassants, n'a pas à descendre dans tant de détails : c'est un opérateur incomparable, c'est un consultant dont la sagacité et le coup d'œil sont infaillibles ; c'est...

après une perforation de l'intestin. Il faut que la suspension du péristaltisme soit assez complète pour empêcher toute progression des matières dans l'intestin.

Cette méthode, qui semble ignorée ou à peine connue aujourd'hui, était déjà appliquée par Clarke, (de New-York) il y a 30 ans ; par With, de Copenhague, surtout dans la typhlite ulcéreuse avec péritonite d'abord appendiculaire, puis généralisée.

Dans les perforations que produit la fièvre typhoïde, ce traitement est le seul moyen de salut. J'ai la certitude d'avoir sauvé, grâce à lui, la vie de deux malades. Chez l'un d'eux qui, à la suite d'hémorrhagies intestinales considérables, avait présenté tous les signes d'une péritonite par perforation, j'ai mis en œuvre simultanément la glace, l'opium et l'antisepsie intestinale (1) ; l'intestin n'a expulsé pendant 15 jours ni gaz, ni matière solide ou liquide. Le malade a complètement guéri. — Dans l'autre cas, c'est l'autopsie, malheureusement, qui m'a permis de démontrer que le malade avait guéri de sa perforation. Au cours d'une fièvre typhoïde étaient survenus tous les signes de la péritonite par perforation. Grâce à la glace et aux autres moyens d'immobilisation de l'intestin, la péritonite s'arrête. Quelque temps après, le malade est atteint d'une pneumonie et succombe ; à l'autopsie on constate l'existence d'une perforation qui faisait communiquer l'intestin avec une cavité circonscrite par de solides adhérences pseudo-membraneuses et contenant 3 à 4 c. c. de pus ; mais il n'y avait pas de péritonite généralisée.

(1) On trouvera à la fin de ce numéro la formule thérapeutique de l'antisepsie intestinale. — P. L. G.

Dans d'autres maladies qui respectent le péritoine, comme l'obstruction intestinale, il semble que la conduite contraire soit indiquée et le médecin croit à tort agir logiquement en s'inquiétant surtout d'évacuer le contenu de l'intestin. Les purgatifs seraient légitimes s'il s'agissait d'une simple constipation par accumulation de matières fécales. Mais le plus souvent le diagnostic est incertain ; la cause de l'arrêt des matières peut être un néoplasme, une bride résultant d'une ancienne péritonite, une torsion, une invagination de l'intestin, et l'autopsie seule tranche la question. Eh bien ! je dis que dans le doute (et il s'impose presque toujours), ce n'est pas aux purgatifs qu'il faut recourir ; c'est à empêcher les mouvements de l'intestin qu'on doit s'attacher afin de prévenir la péritonite ou de l'empêcher de s'étendre.

D'ailleurs, quel inconvénient peut-il y avoir à immobiliser l'intestin ? Si les accidents qu'on observe sont d'origine toxique, vous les combattez utilement en réalisant l'antisepsie en même temps que l'immobilisation ; si ce sont des accidents réflexes, les médications qui stimulent les contractions de l'intestin, comme les purgatifs, ne peuvent que les augmenter ; au contraire, en calmant les contractions intestinales, vous ferez cesser les réflexes. Vous réduisez le mal à une simple constipation ; or *on ne meurt pas de constipation, tandis qu'on peut mourir de contractions intestinales exagérées ou intempestives.* Le malade que j'ai maintenu constipé pendant 15 jours n'est pas mort ; il y a des hystériques qui sont restées constipées 3 mois sans mourir ; mais on peut mourir d'un lavement administré intempestivement et de la convulsion intestinale qu'il provoque.

---

tout ce que vous voudrez ; mais ce n'est pas un médecin au sens ordinaire du mot.

Il est tout à l'art ou à la partie de l'art qu'il exerce. Il n'a presque rien à voir ni à côté, ni par delà. C'est un enfant d'Israël qu'on charge d'apprécier un reliquaire de famille d'or ou d'argent, et qui n'attache aucun prix aux cendres ou aux restes pieux que ce reliquaire renferme, ni aux souvenirs qui s'y rattachent. Il se borne à évaluer la matière précieuse et un peu le travail du ciseleur.

Nos médecins consultants et spécialistes ne sont pas autre chose que cela.

*
* *

En dehors des membres de leur parenté et de quelques grands personnages dont ils sont les commensaux et les amis, les médecins les plus illustres de Paris, de Vienne ou de Londres ne connaissent pour ainsi dire pas la clientèle. Ils ne savent pas, évidemment, ils ne peuvent pas savoir de quel bois les clients sont faits.

Et ils s'en soucient bien en vérité ! Leur réputation est universelle. Du nord au midi, de l'est à l'ouest, on fait tous les jours appel à leur intervention ; et on cote à des prix insensés leur coup d'œil magistral, leur dextérité opératoire, et jusqu'à leurs moindres déplacements. Que seraient pour eux des clients ? Un sujet d'ennuis et un embarras sans profit d'aucune sorte.

Le modeste praticien de petite ville ou de village, qui s'attache à la clientèle et qui en vit, joue un rôle moins brillant, mais d'une nature beaucoup plus sentimentale, comme on l'a vu. Il ne se borne pas à faire de l'art ou de la science ; il est obligé de se livrer à des actes d'humanité et de prodiguer à ses clients bien d'autres soins que ceux qui sont indiqués dans les ouvrages de thérapeutique.

*
* *

Quoique concourant au même but en apparence, ces deux variétés de la profession n'ont ni la même conscience, ni les mêmes obligations d'état. On pourrait même dire que médecins ordinaires et médecins consultants n'appartiennent plus au même monde.

En réalité, c'est nous, humbles praticiens dévoués à la clientèle, c'est nous qui formons le corps médical. Les autres, les grands maîtres, sont les artistes de la profession. Ils sont simplement pour nous de précieux auxiliaires, au même titre qu'un chimiste qui analyse un produit morbide pour en déterminer la nature.

N'envions donc pas à ces illustres personnages les titres, les distinctions honorifiques, l'admiration dont ils sont l'objet, ni même le profit qu'ils savent parfois retirer de leurs travaux. Ne cherchons pas à les suivre ; et contentons-nous de mériter toujours l'affection et la reconnaissance de ceux à qui nous faisons service.

(A suivre.) Dr Perron (de Besançon).

En dehors même de la perforation qui fait pénétrer brusquement les microbes par effraction dans la péritoine, les troubles circulatoires de l'intestin favorisent le passage des microbes contenus dans le canal intestinal à travers les éléments anatomiques de sa paroi : c'est venir au secours du malade que de prévenir cette infection du péritoine par l'exsudation séreuse qui est de règle dans l'obstruction intestinale. On doit donc toujours faire l'antisepsie intestinale dans les obstructions.

On doit encore la faire toutes les fois qu'on pratique une opération chirurgicale ou obstétricale sur l'abdomen. Je conseille l'antisepsie intestinale même dans l'accouchement simple, qui paraît si étranger au tube digestif.

MÉDECINE PRATIQUE.

Antisepsie locale et diphthérie.

Mercure et acide borique. — Naphtol. — Acide phénique et camphre. —Intoxication par la cocaïne employée en excès comme anesthésique.

J'ai souvent parlé dans ce journal du traitement de la diphthérie.

Je n'ai jamais omis de signaler à nos lecteurs le moindre essai nouveau, la moindre formule proposée par un confrère. Mais, après avoir dans un livre récent (1) résumé toutes les méthodes connues ou à peu près, j'ai formulé cette conclusion que —, jusqu'à ce qu'on ait découvert le médicament spécifique, s'il existe, qui pourra tuer le microbe spécifique encore mal connu —, il n'y a rien de mieux à faire que d'appliquer au traitement de la diphthérie les règles les plus minutieuses de l'antisepsie locale. On doit employer des agents aussi antiseptiques que possible, à la condition qu'ils ne soient pas non plus trop toxiques pour le malade et ne soient pas assez irritants localement pour entraver l'alimentation.

Je ne sais s'il y a encore beaucoup de confrères pour admettre que la diphthérie soit une maladie générale d'emblée dont les fausses membranes ne seraient que la manifestation extérieure. Pour moi, cette opinion est insoutenable, et voici mon credo. La diphthérie est toujours une maladie locale à son début, qui malheureusement passe trop souvent inaperçu. Au fur et à mesure que les agents infectieux pullulent à la surface de la muqueuse sur laquelle ils se sont implantés, celle-ci réagit par la production d'un exsudat fibrineux et la desquamation épithéliale; puis les poisons solubles fabriqués par les microbes et absorbés par l'organisme produisent l'intoxication générale. Celle-ci apparaît plus ou moins rapidement, suivant des conditions qui nous échappent : virulence plus grande des germes infectieux, moindre résistance de certains individus, élimination plus ou moins facile par les émonctoires naturels du poison résorbé au niveau de la fausse membrane ; on peut faire à ce point de vue toutes les suppositions qu'on voudra.

Mais ce qui n'est pas une hypothèse à mon sens, c'est que le meilleur moyen de traiter la diphthérie, consiste d'abord à la dépister le plus tôt possible, ensuite à réaliser le plus complètement possible et d'une manière aussi continue que possible l'antisepsie au niveau du point infecté. Comme traitement général, il ne faut compter que sur l'hygiène et l'alimentation, les toniques et la stimulation des émonctoires, c'est-à-dire aération libérale, lait en abondance, œufs, viande (s'il n'y a pas d'albuminurie) ; vins de Bordeaux, d'Espagne, de Champagne; Café.

Parmi les innombrables traitements antiseptiques topiques j'en retiens trois : l'un dont j'ai donné la formule et qui m'a bien réussi dans la majorité des cas ; — un autre que j'essaie en ce moment ; — et celui de M. Ernest Gaucher, en faveur duquel plaide un nouveau succès dont je vais parler tout à l'heure.

Celui que j'ai préconisé l'an dernier est le suivant :

Trois ou quatre fois par jour, attouchement sur toute l'étendue des fausses membranes et un peu au delà avec une *solution de sublimé à 1 p. 100 dans l'alcool.* (Nous nous servons, pour bien localiser le topique, non pas d'un pinceau, mais d'un tampon d'ouate solidement attaché au bout d'un petit bâton ou d'un fragment d'éponge tenu avec des pinces. Bien exprimer le tampon après l'avoir imbibé.)

TOUTES LES DEUX HEURES, *irrigations* abondantes, suivies de *pulvérisations*, avec une *solution saturée d'acide borique* (4 p. 100) CHAUDE. Les pulvérisations peuvent être faites même plus souvent dans les cas les plus graves. On obtient facilement des enfants qu'ils se tiennent pendant quelques minutes la bouche ouverte devant le jet du pulvérisateur à vapeur.

La fréquence des irrigations et le soin avec lequel elles sont pratiquées sont d'une importance capitale. J'en ai indiqué ici le manuel opératoire détaillé (*Concours médical*, 24 avril 1886).

On pouvait faire au sublimé dissous dans l'alcool le reproche d'être douloureux au bout de quelques attouchements, bien que les irrigations et pulvérisations boriquées chaudes, sur l'importance desquelles l'un de mes maîtres, M. le professeur agrégé Hutinel, insiste avec raison, calment beaucoup la douleur des attouchements mercuriels. D'ailleurs j'ai substitué au sublimé le biiodure de mercure dissous dans l'eau à l'aide de l'iodure de potassium et la douleur est insignifiante.

Cette année, j'ai mis à l'essai au pavillon d'isolement des diphthéritiques de l'hôpital des Enfants Malades, un médicament dont M. le professeur Ch. Bouchard nous a fait connaître les multiples avantages et qui a déjà rendu tant de services comme antiseptique des surfaces, le *naphtol.* Plusieurs fois par jour on badigeonne toute la surface envahie par les fausses membranes, après les avoir enlevées soigneusement, mais sans violence, avec un tampon d'ouate imbibé de la solution suivante :

(1) *Traité pratique d'Antisepsie*, par Le Gendre, Barette et Lepage.

Naphtol	5 grammes.
Alcool	5 grammes.
Glycérine	100 grammes.

et manœuvré au bout d'une longue pince.

La sensation éprouvée au contact du *glycérolé naphtolé* est d'abord celle d'une chaleur cuisante; mais au bout de quelques minutes elle fait place à une sensation de fraîcheur intense qui rappelle celle de l'alcool de menthe; cette réfrigération s'accompagne d'anesthésie de la muqueuse, car si à ce moment on fait une nouvelle application de naphtol, la sensation de chaleur cuisante du début, qui est vraiment désagréable, n'est généralement plus perçue. Je puis affirmer que les enfants supportent parfaitement ces attouchements après la surprise et la protestation inévitable de la première séance.

Ce topique ne provoque pas de réaction inflammatoire; grâce à la glycérine les cristaux de naphtol restent adhérents à la surface malade et exercent leur précieuse action antiseptique. La déglutition en est sans inconvénient, puisque le naphtol est à peine soluble et à peine toxique, à moins qu'on ne l'introduise directement dans le sang; par voie gastrique on peut le donner à la dose de 2 et 3 grammes par jour sans inconvénients.

Toutes les deux heures des irrigations sont faites avec *l'eau naphtolée*, dont voici la formule :

Naphtol	0 gr. 20 centigr.
Eau	*1000 grammes.*

Je ne puis encore annoncer quel sera le résultat définitif de ce traitement, il n'y a encore qu'un mois qu'il est en vigueur. Cependant je puis dire que, jusqu'ici, j'en suis au moins aussi satisfait que je l'étais des applications mercurielles.

Je veux maintenant parler de l'autre traitement antiseptique local énergique auquel mon maître et ami M. E. Gaucher, médecin des hôpitaux, a attaché son nom.

Le topique dont Gaucher se sert a été proposé par M. le Dr Soulez (de Romorantin): c'est un mélange de camphre et d'acide phénique. Mais Gaucher en a modifié les proportions; il y ajoute maintenant de l'acide tartrique, qui augmente, à ce qu'il paraît, le pouvoir antiseptique de l'acide phénique. Ce qui constitue la base de son intervention, c'est qu'il concentre ses efforts sur la destruction des fausses membranes, et la fait suivre de la cautérisation antiseptique de la muqueuse sous-jacente. Avec un pinceau de blaireau un peu dur, taillé en brosse, ou avec un écouvillon, formé d'un peu d'ouate enroulée autour d'un bâton, imprégné de la solution susdite, mais exprimé assez pour que des gouttes de liquide caustique ne tombent pas dans le larynx, on frotte vigoureusement toutes les parties de la gorge qui sont recouvertes de fausses membranes; le frottement doit être assez énergique pour les entraîner mécaniquement; on recommence ainsi trois ou quatre fois coup sur coup sans se laisser arrêter par les souffrances toujours très vives, et que certains patients disent même intolérables.

C'est là, à mon sens, l'écueil du traitement. Chez l'adulte on peut s'adresser à sa raison, à son énergie, à son désir de guérir; mais chez les enfants — or, 9 fois sur 10 c'est un enfant que nous avons à soigner de la diphthérie — si on peut encore faire de gré une première séance du traitement, on ne pourra plus faire les autres que de force en employant un ouvre-bouche mécanique, avec des cris, une lutte et un émoi de la famille, en un mot, une mise en scène aussi désagréable que possible. Il est vrai que grâce à des applications de cocaïne avant les attouchements caustiques, la douleur peut être notablement diminuée, et que l'acide phénique uni au camphre jouit d'une certaine propriété anesthésique qui rend les attouchements successifs d'une même séance de moins en moins pénibles.

Ces critiques et réserves faites, je dois dire à l'éloge de la méthode de Gaucher, qui compte aujourd'hui 17 succès dans des diphthéries authentiques, (1), que les trois derniers cas dont j'ai été le témoin sont très encourageants. Il y a deux ans, c'était M. Albarran, interne de M. Grancher; l'année dernière, c'était mon collègue L. Queyrat; hier c'était M. L. Guinon, interne, lui aussi, de la Clinique des maladies des enfants, qui ont été guéris par la méthode de Gaucher d'angines diphthéritiques contractées dans le service de la clinique.

Je vais rapporter brièvement cette dernière observation; elle est instructive à plusieurs points de vue.

Le 1er juillet, le service de la clinique prenait possession du pavillon d'isolement des diphthéritiques. M. Guinon se mettait à soigner nos petits malades avec le zèle qu'il apporte à l'exercice de ses fonctions, et plusieurs fois par jour il allait badigeonner lui-même les gorges avec la solution naphtolée que nous commencions à expérimenter. J'appréhendais particulièrement pour lui la contagion; car il avait souffert presque tout l'hiver de poussées aiguës d'une pharyngite permanente, et c'est incontestablement un excellent terrain de culture pour le microbe de la diphthérie qu'un pharynx et des amygdales chroniquement enflammés.

Je ne pense pas que la contagion se soit faite cependant pendant l'examen d'un enfant, mais plutôt de la façon suivante. Le 7, M. Guinon pratique minutieusement l'autopsie d'un enfant mort du croup. Il va ensuite déjeuner après s'être lavé les mains avec les précautions habituelles; il le croyait du moins; mais, cependant, il s'aperçut le lendemain matin en faisant sa toilette qu'un peu de sang coagulé était resté sous un de ses ongles.

Le soir de ce jour, il dîne avec peu d'appétit et sent une légère gêne dans la gorge; ses collègues constatent déjà une toute petite tache blanche pelliculaire sur le pharynx dans la fossette rétro-amygdalienne gauche. On l'enlève aussitôt et on fait pendant la nuit des attouchements avec du sublimé; le lendemain matin la fausse membrane s'était reproduite et étendue. Le sublimé causant une sensation styptique qu'il trouvait désagréable, je propose à M. Guinon de lui appliquer le traitement de Gaucher en lequel je savais qu'il avait confiance et dont j'avais vu les bons effets chez l'adulte.

(1) Il n'y a pas beaucoup de méthodes dont on puisse dire cela. P. L. G.

Je commençais donc dès ce jour à faire matin et soir le nettoyage de la gorge avec une brosse de blaireau trempée dans la solution suivante :

Acide phénique cristallisé..	5 grammes
Camphre.................	20 gr.
Acide tartrique...........	0,70 centigr.
Alcool à 36°.............	10 gr.
Huile d'olive..............	Volume égal

Mais, pour atténuer la douleur, quelques minutes avant on faisait des pulvérisations avec des solutions de chlorhydrate de cocaïne à 2 et 3 pour 100 et des badigeonnages avec une autre solution à 1 pour 30. M. Gaucher voulut bien venir vérifier l'application exacte de ses prescriptions.

Dans l'intervalle des séances de nettoyage et de cautérisation, des irrigations très fréquentes et des gargarismes étaient faits avec une solution phéniquée à 1 pour 100 et de l'eau boriquée à 4 pour 100 chaude.

Je passe sur l'évolution de cette angine diphthéritique qui suivit une marche rapidement extensive favorisée par l'état inflammatoire antérieur ; les fausses membranes, à peine enlevées, repullulaient et il en fut ainsi pendant quinze jours ; la douleur fut constante et très vive. C'était donc loin d'être une forme bénigne et je suis convaincu que l'intoxication générale aurait été rapide et grave si on n'avait pas dès le début et d'une façon continue fait l'antisepsie locale énergiquement. Or il n'y a pas eu d'accidents généraux : une adénopathie insignifiante, une fièvre passagère et peu intense, et pas d'albuminurie, pas de paralysie.

Cependant, le sixième jour et la septième nuit surtout, survint un incident qui causa à notre ami et aux collègues qui le soignaient une émotion facile à comprendre. La première fois, ce fut une sorte de lipothymie avec irrégularité passagère du pouls. La seconde fois, ce fut une sensation de vertige, d'obnubilation, de défaillance si complète qu'elle éveilla le sentiment d'une mort prochaine, puis le pouls devint irrégulier, inégal, intermittent, la figure était très pâle et cet état moitié lipothymique et moitié syncopal dura jusqu'au matin. Il y eut de l'anurie pendant quatre à cinq heures.

Les collègues du malade passèrent naturellement en revue toutes les hypothèses possibles ; des accidents paralytiques du pneumogastrique étaient bien invraisemblables, puisque jusque là aucun symptôme général grave, aucune paralysie du voile du palais ne s'était montrée ; les faits de paralysie diphthéritique du pneumogastrique sont assez rares et en général tardifs.

L'intoxication par l'acide phénique ? Elle eût été possible, étant donné que depuis sept jours on en appliquait à doses concentrées sur ce pharynx dénudé. Mais les urines émises avant l'anurie n'avaient pas été noires ni brunes, il n'y avait pas d'hypothermie.

En réfléchissant à la manière dont les symptômes alarmants s'étaient produits, je pensai qu'il fallait incriminer la cocaïne pour les raisons suivantes. Eprouvant du soulagement grâce aux badigeonnages avec la solution de I pour 30, Guinon avait désiré qu'on en élevât le titre, et on employait depuis deux jours une solution à 1 gr. pour 10 de glycérine ; assez fréquemment le malade imbibait de cette solution concentrée un tampon de coton et le laissait quelque temps appliqué sur les surfaces à vif très douloureuses et évidemment très aptes à absorber. C'était quelques minutes après une application de ce genre, plus prolongée peut-être que les autres, que l'obnubilation, la défaillance et les autres symptômes alarmants survinrent.

A partir de ce moment, l'usage de la cocaïne fut suspendu complètement et au bout de quelques heures tout symptôme inquiétant avait disparu. Notre ami en fut quitte pour supporter avec stoïcisme la douleur, l'arrachement et la causérisation des fausses membranes. C'est alors que nous avons fait cette remarque, lui et moi, que le premier attouchement d'une même séance était plus douloureux que les suivants, le mélange d'acide phénique et de camphre produisant certainement de l'anesthésie locale.

Il m'a semblé intéressant de publier cette observation pour plusieurs raisons. Elle met en lumière une fois de plus le rôle que joue la contagion directe (un peu de sang laissé sous un ongle au moment de prendre son repas) ; par conséquent la nécessité des soins de désinfection les plus minutieux pour l'entourage des diphthéritiques, — la prédisposition constituée par l'angine chronique, — la brièveté de l'incubation (s'il y en a une), — l'efficacité de l'antisepsie commencée aussitôt que possible et en particulier de la méthode de Gaucher, — enfin les inconvénients mal connus encore d'un emploi trop peu parcimonieux de la cocaïne.

Paul Le Gendre,
Chef de clinique adjoint des Maladies des Enfants.

CHIRURGIE PRATIQUE

Diagnostic et traitement des tumeurs de la vessie.

Depuis quelques années la chirurgie des voies urinaires a fait de nombreux et importants progrès ; les néoplasmes vésicaux en particulier, qui pendant longtemps avaient été considérés comme au-dessus des ressources de l'art ou comme de pures curiosités anatomiques, en ont largement bénéficié. Aujourd'hui, grâce aux leçons très importantes de Guyon en France, de Thompson en Angleterre et de Kuster en Allemagne, il n'est plus permis de méconnaître une tumeur vésicale et de refuser aux malheureux qui en sont atteints les secours d'une intervention toujours palliative et quelquefois curatrice.

Récemment nous avons eu l'occasion de traiter un cas de cette nature, des plus malins et à une période quasi-désespérée. Nous avons cru intéressant pour nos lecteurs de rapporter cette observation instructive et de la faire suivre d'un rapide exposé de la question dans lequel nous viserons surtout deux points :

1° Quels sont les signes des néoplasmes vésicaux et comment peut-on en faire le diagnostic ?

2° Comment doit être dirigé leur traitement ?

Observation.

Cancer encéphaloïde de la vessie implanté sur la partie droite du trigone. Cystotomie sus-pubienne. Extirpation.

Le nommé de B..., n'a jamais eu durant toute sa vie que des manifestations vagues de rhumatisme et des fièvres paludéennes contractées en Sardaigne il y a environ 20 ans. Ces fièvres très tenaces semblent n'avoir cédé complètement qu'il y a trois ou quatre ans. Il y a deux ans le malade fut pris d'accès fébriles violents, accompagnés de douleurs atroces dans les membres; ces phénomènes se montraient surtout à la suite des marches.

Malgré un traitement qui sembla d'abord donner quelques améliorations, le malade commença bientôt à s'amaigrir très notablement. Il y a un an environ, l'attention fut attirée du côté des urines qui souvent étaient troubles, mais jamais sanglantes. C'est au mois de novembre 1887 seulement que se sont montrées des hématuries abondantes et répétées. En même temps le malade a commencé à ressentir de la pesanteur dans le bas-ventre et des douleurs irradiées à la face interne des deux cuisses. Bientôt la miction est devenue difficile et le malade a pris l'habitude de se sonder au moyen de sondes de gomme noire.

Le 30 janvier, M. le Dr P... fut appelé à donner des soins au malade. A ce moment les urines étaient chargées de sang, les besoins d'uriner fréquents; le malade accusait des douleurs très violentes dans les quatre membres, plus intenses toutefois sur le trajet des nerfs cruraux. La région vésicale n'était pas douloureuse à la palpation. Au toucher rectal on sentait une masse dure, bosselée occupant le bas-fond de la vessie. En même temps on était frappé de l'aspect jaune paille du malade, dont les fonctions gastro-intestinales étaient languissantes d'ailleurs.

Quelques jours après ce premier examen, il rendit en urinant un fragment de tissu blanchâtre et mollasse que l'examen microscopique permit de reconnaître pour du carcinome.

Après un traitement régulier, les douleurs dans les membres cessèrent; des lavages boriqués furent faits dans la vessie et l'état du malade s'améliora légèrement.

Le 5 juillet dernier, je fus appelé à voir le malade en raison des phénomènes d'aggravation qui s'étaient accusés dans les derniers temps. Il était considérablement amaigri; les besoins d'uriner étaient impérieux et fréquents, et il avait abusé du cathétérisme depuis quelques jours; il y avait probablement quelque fausse route, car on ne pouvait pénétrer dans la vessie et les moindres tentatives provoquaient un écoulement de sang. La rétention d'urine était complète depuis 24 heures et mon confrère, appelé de nouveau, avait dû pratiquer la ponction vésicale.

Au toucher rectal, je constatai une prostate assez volumineuse, et au-dessus d'elle une masse résistante occupant la partie droite du réservoir de l'urine: le palper hypogastrique trop douloureux ne pouvait donner aucun renseignement utile. Quelques hématuries s'étaient reproduites dans ces derniers temps, les urines étaient ammoniacales, infectes et très abondantes. Il existait un peu de douleur à la pression du rein gauche.

Tenant compte de l'histoire antérieure du malade, le diagnostic était facile à faire; nous crûmes devoir intervenir et pratiquer la cystotomie sus-pubienne au moins comme opération palliative destinée à mettre fin aux hématuries, aux douleurs, à la rétention d'urine et aussi aux phénomènes d'irritation rénale accusés par la fréquence des mictions.

Le 6 juillet nous pratiquâmes l'opération proposée.

Le ballon de Pétersen introduit dans le rectum reçut 350 grammes de liquide; la vessie, préalablement lavée, reçut à son tour 225 à 250 gr. d'eau boriquée à 4 %. Incision de la paroi abdominale, recherche de l'interstice, découverte de la vessie, toutes ces manœuvres furent faciles étant donnée la maigreur considérable du sujet. A l'incision de la vessie, il s'écoula d'abord un liquide clair, puis une grande quantité de liquide purulent extrêmement fétide. La vessie étant fixée par deux fils latéraux et un supérieur, je pus toucher et apercevoir une tumeur bosselée, mollasse, du volume d'une mandarine, occupant la partie droite et antérieure du trigone vésical, et venant empiéter sur l'orifice uréthral; j'extirpai à la curette cette tumeur, je grattai la surface d'implantation qui avait la grandeur d'une pièce de 2 francs, puis je la cautérisai à l'aide du thermo-cautère. Après quoi la vessie fut fixée à la peau par deux points de suture à la soie de chaque côté; deux points rétrécirent la partie supérieure de la plaie; le double tube-siphon en canon de fusil fut placé dans la partie inférieure. Pansement à la gaze iodoformée et au coton boriqué.

Les jours suivants il n'est survenu aucune complication; le fonctionnement du tube siphon a très bien marché, les douleurs vésicales ont totalement disparu et le malade a repris peu à peu une alimentation plus substantielle.

Aujourd'hui (2 août) la plaie hypogastrique a notablement diminué d'étendue (2 cent. 1/2 environ) l'urine est normale, il n'y a plus ni hémorrhagies, ni douleurs de la vessie; l'exploration de sa cavité à l'aide du doigt montre que la surface d'implantation du néoplasme est détergée et non bourgeonnante.

L'examen histologique de la tumeur enlevée le 6 juillet a montré la structure alvéolaire typique du carcinome; îlots de cellules cancéreuses dont un grand nombre subissent l'atrophie graisseuse, séparés par des travées alvéolaires conjonctives très nettes et montrant les plus belles dispositions dans certaines régions de la tumeur. Il y a peu de vaisseaux, ce qui explique le peu d'importance de l'hémorrhagie au moment de l'opération.

(*A suivre.*) Dr Barette.
Chef de clinique chirurgicale.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

L'Association générale depuis sa fondation.

(*Suite*).

A côté de l'*Association*, le *Concours médical* a créé les *Syndicats* médicaux. Elle remonte à 1859; les Syndicats ont débuté en 1881.

Notre ami *Dulaurier* a constaté, à maintes reprises, avec sa modération habituelle et son grand sens professionnel, que puisque l'Association acceptait leur fonctionnement à côté d'elle, on pouvait, dans une certaine mesure, assigner à chaque forme de Société une part de domaine, sans pourtant vouloir interdire à l'une et aux autres d'empiéter sur le voisin.

L'Association générale, *œuvre de prévoyance et de secours mutuels*, a pour but :

1° *De venir au secours des sociétaires que l'âge*

les infirmités, la maladie, des malheurs immérités réduisent à un état de détresse.

Elle a rempli ce but en recueillant, depuis bientôt trente ans, des cotisations et des dons qui lui ont constitué un avoir de plus de deux millions.

Le revenu d'une partie de ces millions fournit en ce moment 75 *pensions d'assistance viagère*, et chaque année les Sociétés locales distribuent, tant aux médecins qu'à leurs ayants-droit, et même à des membres plus ou moins éloignés de la famille médicale, des secours qui sont souvent supérieurs à 50.000 francs par an.

2° *De secourir les veuves, les enfants, les ascendants laissés sans ressources par les sociétaires décédés.*

Nous voyons chaque année s'accroître les sommes consacrées à la dotation de la caisse des *pensions viagères d'assistance*, et en ce moment, l'Association peut faire droit à toutes les demandes de pensions adressées par les Sociétés locales.

Nous estimons, en conséquence, qu'il y aurait, dès aujourd'hui, un intérêt sérieux à ce que les veuves et les enfants pussent, eux aussi, obtenir des pensions d'une durée plus ou moins longue et d'une importance variable selon leur position.

L'œuvre des veuves et des orphelins devrait se caractériser et se préciser en une œuvre spéciale, à côté de la Caisse des retraites.

La situation d'une veuve et de ses enfants est aussi digne d'intérêt que celle du médecin infirme et dans la détresse. Celui-ci a encore quelques ressources, grâce à la considération due à un long exercice. La veuve et ses enfants sont condamnés, s'ils sont sans ressources, à la misère la plus noire et à toutes ses conséquences.

Nous proposons des statuts analogues à ceux de la Caisse des pensions viagères d'assistance:

Statuts de la Caisse des pensions temporaires des veuves et orphelins des membres de l'Association générale des médecins de France.

Article 1er. — Toute demande de pension temporaire en faveur des ayants droit d'un membre de l'Association décédé sans ressources, doit être adressée, par écrit, à la commission administrative de la société locale dont il faisait partie.

Art. 2. — La commission réunie examine la demande et, s'il est établi qu'elle est faite en faveur des ayants-droit d'un sociétaire décédé sans ressources et ayant payé régulièrement ses cotisations depuis 10 ans au moins, elle la transmet au Conseil général, avec son avis motivé ; elle y joint copie légalisée de l'acte de décès du sociétaire, les noms de la veuve, des orphelins et des ascendants et toutes les pièces qui peuvent justifier la demande.

Art. 3.—Dans le cas où la commission locale déciderait qu'il n'y a pas lieu de donner suite à la demande de pension qui lui a été adressée, le ou les auteurs de la demande peuvent en appeler devant l'Assemblée générale de la société locale, à laquelle appartenait le sociétaire, qui statue.

Art. 4.— La demande de pension et les pièces qui doivent l'accompagner sont envoyées au conseil général, trois mois au moins avant la réunion de l'Assemblée générale qui doit statuer sur cette demande; avant le 31 décembre de chaque année.

Art. 5. — Une Commission composée du Président, du Secrétaire général, du Trésorier et de six membres du Conseil général, désignés chaque année par un vote de l'Assemblée générale, prend connaissance de toutes les demandes de pension, les classe et les soumet au Conseil général qui décide l'ordre dans lequel elles seront présentées à l'Assemblée générale, et la nature des propositions dont elles seront l'objet.

Art. 6.— L'Assemblée générale statue en séance sur les demandes de pension qui lui sont présentées.

Art. 7. — Chaque fois qu'un état de propositions de pension est soumis à l'Assemblée générale, le Conseil général fait connaître la somme que l'état de la Caisse des pensions et la situation générale de l'Association permettent de consacrer pour le moment à la constitution de pensions nouvelles ou à l'augmentation de celles qui ont été déjà accordées.

Art. 8. — Le chiffre de la pension accordée à la famille d'un sociétaire décédé ne pourra dépasser la somme de 1,200 francs par an et pour une durée de 3, 6 ou 9 années.

Art. 9.— Les demandes d'augmentation de pension ou de prorogation de pension sont adressées par le ou les titulaires de la pension à la Commission administrative de la Société dont le sociétaire décédé faisait partie.

Art. 10. — Les pensions accordées par l'Association sont toujours constituées à capital *réservé*.

Art. 11. — Les pensions temporaires constituées par l'Association sont servies par la Caisse de retraites de la vieillesse et inscrites au Grand-Livre de la Dette publique ; elles sont incessibles et insaisissables jusqu'à concurrence de 360 francs.

3° L'Association a encore pour but de *donner aide et protection à ses membres.*

Elle a fait, en 29 ans bien des tentatives. Ses statuts, son caractère de *Société de prévoyance et de secours mutuels*, s'opposent, dans une certaine mesure, à son succès dans cette direction.

Les *Syndicats médicaux*, plus libres de leurs allures, sous la forme de *Société civile*, ou sous la protection de la loi de 1884 *sur les syndicats professionnels*, avaient une voie féconde à explorer. Nous n'avons pas à nous étendre sur les services qu'ils ont déjà rendus et qu'ils sont appelés à rendre encore aux groupes régionaux, par le mode commun de recouvrement des honoraires, par les tarifs minimum, par l'obtention d'une rétribution plus élevée des services publics, de la clientèle ; par la diminution de la concurrence au rabais ; par la diffusion et par l'observation plus sévère des règles déontologiques ; par l'aide que leur prête incessamment la publicité du *Concours médical*, du *Bulletin de l'Union des syndicats* au moyen de leurs études professionnelles, de la publication de tous les exemples bons à imiter, des réunions qu'ils provoquent, etc.

C'est également par les publications professionnelles, par les règles déontologiques adoptées par les syndicats, que ces Associations et le *Concours médical* ont assisté puissamment l'*Association* dans une autre partie de son programme, à savoir :

4° *Maintenir par son influence moralisatrice la profession dans les voies utiles au bien public et conformes à la dignité de la profession.*

Enfin, le *Concours médical* et les *Syndicats* ont devancé l'*Association* dans la dernière partie de son programme originaire qui est le suivant :

5° L'Association se propose de fonder, dans l'avenir, *une Caisse de retraite de droit*, de *préparer et fonder les institutions propres à compléter et à perfectionner son œuvre d'assistance.*

Le *Concours médical* a exécuté des œuvres de pré-

voyance médicale, que l'Association n'avait pu jusqu'à ce jour entreprendre, en créant la *caisse des pensions de droit* et sa *caisse de prévoyance des assurés sur la vie*, et en organisant en ce moment *la Société de protection des familles des médecins victimes du devoir.*

Les *Syndicats* sont entrés dans une voie analogue ; nous n'en voulons pour preuve que la tentative d'*assurance contre la maladie*, en fonctionnement dans le *Syndicat de l'Aisne et Vesle*. Le *Concours médical* a exposé, à ce propos, le système de l'*Assurance anglaise* contre la maladie, en pleine prospérité, et il n'a pas réussi, jusqu'ici, à recueillir assez d'adhérents pour l'établir dans les départements. A Paris, l'Association médicale mutuelle des médecins de la Seine est en fonctionnement.

L'énoncé des œuvres des *Syndicats* et de celles du *Concours médical* démontrent que, loin d'être hostiles à l'Association générale, ils sont au contraire ses pionniers dans les objectifs divers qu'elle s'est proposés, à sa fondation, et qu'elle a plus ou moins réussi à atteindre.

Nous avons toujours préconisé, auprès de nos lecteurs, l'*Association* sous toutes ses formes ; prêché l'adhésion à l'*Association générale* et aux *Syndicats*. On ne rencontrerait pas, dans toutes nos publications, depuis neuf années, une phrase de malveillance, de dénigrement contre l'Association. Nous avons été obligés bien souvent de faire ressortir les difficultés que son organisation impose à certains progrès. Nous l'avons stimulée en bien des *circonstances*. Nous avons indiqué les modifications à apporter à son mécanisme ; les vœux qu'elle n'a pu accueillir ; les raisons pour lesquelles ses progrès, comme nombre, se sont ralentis.

Tout récemment, après avoir fait le dénombrement des vœux qui lui ont été soumis par les Sociétés locales, nous avons reconnu que, bien souvent, ces vœux n'étaient pas fondés ; que souvent aussi, il n'était pas en son pouvoir de leur donner satisfaction, puisque leur réalisation dépendait de modifications aux lois qui nous régissent, réformes demandées en vain depuis 50 ans.

Nous avons voulu mettre en lumière, par cette exposition, que : plus les médecins s'associeront, quelle que soit la forme de leurs *Sociétés*, plus la profession en bénéficiera. Nous rivalisons pour le bien avec l'*Association générale* ; *Syndicats*, *Concours médical* et leurs œuvres ont leur raison d'être ; loin d'entraver sa marche en avant, ils la précèdent et ils tentent, sans crainte, ce qu'elle n'oserait entreprendre ; ils lui ouvrent des voies nouvelles qu'un jour elle pourra aborder à son tour.

Nous pouvons, sans crainte, dire que depuis neuf ans, nous lui aurons rendu le plus signalé service, si nous hâtons le moment où elle créera *l'Œuvre des veuves et des orphelins des membres de l'Association*.

Si nous avons fait passer notre conviction dans l'esprit de nos nombreux adhérents, membres de l'Association, ils contribueront avec nous à l'accomplissement d'une œuvre médicale digne de l'intérêt de tous les médecins.

A. Cézilly.

REVUE D'OBSTÉTRIQUE
ET DE GYNÉCOLOGIE

Un nouveau ballon pour provoquer l'accouchement prématuré (1).

M. Champetier de Ribes a fait présenter récemment à la Société clinique, par son interne M. Lefebvre, un nouveau ballon destiné à provoquer l'accouchement prématuré. Ce ballon est fait de soie mince doublée d'une mince feuille de caoutchouc ; vide et plié, c'est-à-dire tel qu'on l'introduit, sa circonférence ne dépasse pas 3 centimètres. On le fait facilement passer à travers une bague étroite. Une fois rempli, sa forme est celle d'un cylindre de 4 centimètres de hauteur, fermé en haut par une surface légèrement convexe, tandis qu'en bas il est surmonté d'un cône de 5 à 6 centimètres de hauteur. Le sommet du cône se prolonge par un tube de remplissage de même substance que le ballon et ayant 6 millimètres de diamètre.

Le diamètre du ballon rempli de liquide est de 7 centimètres 1/4, sa circonférence de 24 centim., la hauteur totale de 10 centim. et sa capacité est de 360 centimètres cubes.

Avant d'être introduit, le ballon est soigneusement lavé, et reste plongé pendant une demi-heure dans une solution phéniquée à 5 %, avec laquelle il est également gonflé. On peut juger du volume qu'on donnera au ballon en le remplissant à l'avance ; lorsqu'il a acquis un volume suffisant, on le vide, on recueille le liquide qu'on injectera à nouveau lorsque le ballon sera dans l'utérus.

Pour faciliter cette introduction, M. Champetier de Ribes se sert d'une longue pince un peu courbe entre les mors de laquelle il tient le ballon plié ; lorsque le ballon est introduit assez profondément, on retire la pince qui se désarticule facilement et on gonfle le ballon.

Nous avons vu appliquer plusieurs fois ce ballon depuis deux mois et il nous paraît présenter une supériorité marquée sur le ballon excitateur du Pr Tarnier et sur le violon dilatateur de Barnes ; le travail se déclare plus tôt et marche plus vite. Le ballon introduit joue, grâce à sa consistance, le rôle d'une poche des eaux active. La dilatation obtenue est physiologique, puisqu'elle est amenée par des contractions utérines. Le ballon sort toujours spontanément ou à la suite de tractions, sans qu'on l'ait dégonflé, à travers les parties génitales externes. On obtient ainsi par ce procédé, avant l'accouchement, une ampliation utile des parties génitales externes. — Nous espérons que M. Champetier de Ribes publiera prochainement les résultats remarquables qu'il a obtenus à l'aide de ce nouvel appareil, simple et pratique, qui permet de provoquer sûrement et rapidement l'accouchement prématuré.

Des manifestations utérines du paludisme.

Notre excellent confrère, le Dr Lardier (de Rambervillers) ne se contente pas d'être un des plus zélés défenseurs de nos intérêts professionnels ; il publie des travaux fort intéressants, comme sa dernière étude clinique sur les manifestations utérines du paludisme observées : 1° en dehors de la grossesse ; 2° pendant la grossesse ; 3° pendant la période puerpérale.

(1) *Gazette médicale de Paris*, 23 juin 1888.

1° *En dehors de la grossesse.* — M. Lardier a fréquemment remarqué que chez les jeunes filles, soumises à l'intoxication malarienne, le flux cataménial offrait au moment où existaient des symptômes paludéens, une augmentation manifeste. De plus, en dehors de la période menstruelle, on observe des métrorrhagies qui ne sont plus liées à la fonction physiologique, mais qui compliquent d'autres phénomènes pathologiques, tout en dépendant de la même cause morbide. Si quelquefois l'épistaxis utérine a une durée persistante de plusieurs jours, et cesse pour ne plus reparaître, lorsque la médication spécifique a été instituée, d'autres fois cette hémorrhagie prend un caractère nettement intermittent.

2° *Pendant la grossesse.* — L'intoxication paludique peut exister chez la femme enceinte ; « mais, dit M. Lardier, dans notre région les manifestations de cette intoxication sont, en général, bénignes. C'est-à-dire que je n'ai jamais vu, dans notre circonscription médicale, d'avortement produit de ce chef, de même que l'administration du sulfate de quinine, à doses modérées (0 gr. 60 à 1 gr.), n'a jamais été suivie du moindre accident, chez aucune des femmes enceintes qui ont réclamé mes soins ». C'est là un fait qui vient confirmer les expériences entreprises par M. Pinard pour démontrer que le sulfate de quinine n'a pas d'effets emménagogues ni abortifs.

3° *Pendant la période puerpérale.* — La *période puerpérale* est spécialement favorable au développement des manifestations paludiques. L'intoxication qui a pu rester latente pendant la grossesse prend après l'accouchement une marche nouvelle qui se traduit soit par des symptômes fébriles (fièvre quotidienne, tierce, etc.), soit par des accidents ayant l'utérus pour siège (métrorrhagies, épistaxis utérines périodiques, retour prématuré des règles, etc.) Ces complications utérines, même pendant la période puerpérale, sont d'habitude sans gravité et cèdent facilement à l'action du sulfate de quinine. Il importe que le médecin soit prévenu de leur possibilité pour éviter des erreurs de diagnostic.

Pendant l'allaitement, la nourrice ne présente pas de prédispositions spéciales à l'intoxication paludique ; on ne rencontre pas chez elle l'intensité des accidents que l'on trouve chez la femme pendant la période puerpérale ; mais elle ne jouit pas non plus de l'immunité relative de la femme grosse. En un mot, les manifestations de l'intoxication paludique de la nourrice ne présentent aucun caractère spécial. Parfois cependant, les nourrices paludiques sont sujettes au retour prématuré des règles.

Dr G. Lepage,
Ancien interne de la Maternité de Lariboissière.

BULLETIN DES SYNDICATS
ET DE
L'UNION DES SYNDICATS

Directeur : Dr BARAT-DULAURIER

Les Syndicats médicaux ; leurs progrès, leurs résultats, leur avenir.

Il y a quelques années, un certain nombre de personnes, et des médecins même, pensaient que le mouvement qui entraînait le corps médical vers les syndicats n'aurait qu'une durée éphémère. Leur disparition prochaine semblait ne faire aucun doute pour quelques esprits. Mais on avait compté sans les nécessités qu'impose aux corporations, comme aux individus isolés, la lutte pour l'existence. Les syndicats répondaient à une nécessité absolue, imposée par les conditions dans lesquelles se pratique la médecine à notre époque. La législation de 1884 n'avait point fait naître l'idée de recourir à ce nouveau mode d'association : la création des syndicats médicaux avait précédé l'œuvre du législateur. Et c'est bien un signe auquel il était facile de reconnaître combien impérieux se faisait sentir le besoin de favoriser parmi nous ces groupements nouveaux. Aussi, lorsque la cour de Caen et la cour de cassation sont venus refuser aux médecins le droit de bénéficier des dispositions de la loi du 21 mars 1884, avons-nous pu dire que les arrêts qui venaient d'être prononcés contre eux ne feraient pas disparaître les syndicats médicaux qui existaient alors. Nous avons pu annoncer que, le premier mouvement de surprise passé, de nouveaux syndicats se créeraient bientôt, à l'instar de leurs aînés, partout où les médecins trouveraient avantage à en constituer, c'est-à-dire sur toute l'étendue de notre territoire.

Et les événements nous ont donné raison.

Sans doute, l'entraînement de la première heure s'est un peu calmé. Sans doute, on n'a pas toujours retiré des syndicats les avantages qu'on en avait espérés. Mais il faut bien reconnaître que beaucoup de confrères avaient voulu leur demander plus qu'ils ne pouvaient donner. Quoi qu'il en soit, les services qu'ils ont rendus sont assez considérables pour que partout on les ait acceptés. Voici, à ce sujet, ce que nous lisons dans une lettre d'un honorable confrère.

« Le Syndicat Blésois est purement local. Tous les médecins exerçant dans notre bonne ville de Blois en font partie. Voilà 3 ans qu'il fonctionne et tout le monde n'a qu'à se louer des résultats que nous avons obtenus. Fixation des honoraires, rapports confraternels, solidarité en toutes circonstances vis-à-vis du public et de l'administration. Nous nous réunissons tous les mois, tantôt chez l'un, tantôt chez l'autre, chacun apporte ses petits griefs (il y en a toujours malgré le syndicat) et tout s'arrange à l'amiable. Pour resserrer encore les liens qui nous unissent, nous banquetons quatre fois par an et nous tâchons d'oublier, *inter pocula* les ennuis inhérents à notre profession. »

Dr Cordier.

Blois, 27 juin 1888.

Voilà le type du syndicat médical et le résumé des avantages qu'il peut procurer.

Mais il ne suffit pas, comme à Blois, de grouper les médecins qui pratiquent dans une localité déterminée. Il faut aussi initier aux obligations professionnelles les jeunes gens qui se préparent à entrer dans la carrière. Il est bon que l'étudiant se familiarise de bonne heure avec les exigences de la profession dont il a fait choix. Les idées généreuses sont facilement acceptées à cette époque de la vie, et les jeunes gens qui fréquentent nos écoles seront heureux de voir leurs aînés leur indiquer les difficultés de la carrière et chercher à les aplanir.

A ce sujet, on nous permettra de citer, dans son entier, une lettre de notre honorable confrère, le Dr Porson, président de l'Association Syndicale des médecins de la Loire-Inférieure. Nous avons la certitude que nos confrères éprouveront, en la li-

sant, la satisfaction que nous avons ressentie nous-même.

Monsieur et très honoré confrère,

« Il y a quelques semaines, un banquet confraternel réunissait les anciens internes des hôpitaux de Nantes et les internes alors en fonction. La réunion fut nombreuse, nous étions bien soixante, et le meilleur esprit ne cessa de régner pendant toute la durée du banquet, qui d'ailleurs était fort bien servi.

Après les divisions qui ont agité pendant ces deux dernières années le corps médical de Nantes, cette réunion arrivait tout à fait à point et ne pouvait qu'avoir les meilleurs résultats. Nos jeunes internes avaient-ils connaissance du fâcheux état des relations de bien de nos confrères ? Je serais tenté de le croire ; et le désir d'améliorer ces relations a dû entrer pour quelque part dans leur détermination de faire revivre une coutume tombée en désuétude depuis bien des années ; le dernier banquet d'internat remonte, en effet, à 1868.

Quoi qu'il en soit, c'est à eux que revient le mérite de cette bonne idée, et nous devons reconnaître qu'ils ont rendu, en la mettant à exécution, un véritable service au corps médical Nantais, car bien des malentendus et bien des rancunes se sont apaisés après l'échange de poignées de mains et de paroles de bienvenue imposées par le caractère de la réunion.

Somme toute, bonne soirée pour tout le monde, jeunes et vieux, pour les plus humbles comme pour les plus en vue.

Une chose surtout a frappé plus d'un d'entre nous : c'est l'esprit sérieux de nos internes actuels et leur préoccupation bien évidente de s'initier, avant d'avoir terminé leurs études, aux habitudes, nouvelles pour eux, de leur future profession.

Cette tendance s'est même affirmée par une démarche qu'ils ont faite à l'issue du banquet auprès du Président de l'Association syndicale des médecins du département. Ils vinrent en effet me prier de demander à notre Société de les admettre à nos réunions mensuelles, désireux qu'ils étaient, me dirent-ils, de compléter, au milieu de nous leur instruction professionnelle.

Trop heureux de constater ces excellentes dispositions, qui nous assurent de précieuses recrues pour l'avenir, le bureau de l'Association les a accueillis à bras ouverts, et il y a tout lieu de penser qu'à la prochaine réunion mensuelle du syndicat tous nos confrères ratifieront cet accueil.

J'arrive maintenant, monsieur et très honoré confrère, après ce long préambule au véritable motif de ma lettre ; mais j'ai voulu tout d'abord vous intéresser à nos internes avant de vous demander la faveur qu'ils méritent à tous égards : Je viens vous demander de leur servir gratuitement votre si intéressant et si utile journal, en l'adressant à leur salle de garde de l'Hôtel-Dieu.

Les idées dont vous vous êtes fait le champion si ardent et si désintéressé pendant plusieurs années ne pourront pas trouver de meilleur terrain pour y germer, et ce sera un nouveau service que vous ajouterez à ceux si nombreux déjà que vous avez rendus à notre profession.

Agréez...

PORSON,

Président de l'Association Syndicale des médecins de la Loire-Inférieure.

Nous avons la conviction que l'exemple donné par nos confrères Nantais sera suivi ailleurs, au grand avantage de l'avenir du corps médical.

Dans un prochain article nous entretiendrons nos lecteurs d'un certain nombre de syndicats en voie de se constituer.

Dr Ad. BARAT-DULAURIER.

RENSEIGNEMENTS THÉRAPEUTIQUES

Formulaire de l'antisepsie intestinale.

(CH. BOUCHARD)

Naphtol β finement pulvérisé 15 grammes.
Salicylate de bismuth....... 7 gr. 50 centigr.

Mêlez et divisez en 30 cachets.

M. Bouchard en administre de 3 à 12 par 24 heures.

Avec 3 cachets pris à intervalles à peu près égaux au moment des repas, on obtient une antisepsie incomplète sans doute, mais suffisante dans la majorité des cas.

NÉCROLOGIE

Fieuzal, médecin en chef de l'hospice national des Quinze-Vingts, est mort le 28 juillet, âgé de 52 ans. M. Bézal, sénateur, et M. Garoenne, chef de clinique, ont prononcé des allocutions et retracé sa vie.

Depuis sa thèse passée en 1863 sur un sujet d'obstétrique, il n'avait publié que des travaux d'ophthalmologie, dont plusieurs sont très estimés.

— Dr E. DECAISNE (de Paris), rédacteur scientifique estimé de plusieurs journaux politiques.

NOUVELLES

ISOLEMENT DANS LES SALLES DES HÔPITAUX. — Le Conseil municipal vient de voter un certain nombre de travaux à exécuter à l'Hôpital des Enfants malades, pour l'organisation du service de M. le professeur Grancher en vue de l'application de l'antisepsie médicale dans les conditions suivantes : « Chaque lit de contagieux ou de suspect sera entouré de barrières qui ne permettront pas à l'infirmier de pénétrer à tout propos auprès du malade et sans avoir pris au préalable les précautions nécessaires. Il y aura également un aménagement spécial des murailles et des parquets. Il en sera de même pour les vestiaires, les lavabos, les étuves de désinfection, etc. »

HYGIÈNE DES ÉTABLISSEMENTS D'INSTRUCTION. — Sont nommés membres de la Commission instituée par le Ministre de l'Instruction publique pour l'étude des améliorations à introduire dans le régime des établissements d'enseignement secondaire, MM. les Drs Blatin, Bouchard, Brouardel, Dujardin-Beaumetz, Lagneau, Perrin, Proust, Rochard.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU CONCOURS MÉDICAL

M. le Dr GAUTIER, de Brignoles (Var), présenté par le docteur Trotobas, de Brignoles.

M. le Dr AUDIAT, de La Rochefoucauld (Charente), présenté par le docteur Pintaud-Desallées, de La Rochefoucauld.

M. le Dr RICOCHON, à Champdeniers (Deux-Sèvres), présenté par le docteur Roulland, de Niort.

M. le Dr LAGRÈZE, à Auneau (Eure-et-Loir), présenté par le docteur Peyraud, de Vichy.

M. le Dr DELACROIX, à Paris, présenté par le docteur Rétif, de Moret-sur-Loing.

M. le Dr MULETTE, à Pont-Ste-Maxence (Oise), présenté par le Directeur.

Le Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André, 3.

CORRESPONDANCE
(*Suite.*)

leurs membres pourrait fournir d'utiles indications pour le choix d'un poste médical. Nous faisons des vœux pour la consolidation de votre santé et regrettons qu'elle vous ait forcée à abandonner le poste avantageux que le *Concours Médical* avait pu vous procurer.

Dr A., à L.-R. (Charente). — Vous serez inscrit membre du Concours au nom de notre excellent confrère P. D.

Dr D., Paris. — Vous êtes inscrit membre du Concours et serez présenté par l'un des deux adhérents de notre société dont vous nous indiquez les noms. — Nous espérons que vous avez pu vous entendre avec le Dr M., pour son remplacement.

Dr B., à V. — On a envoyé les statuts et quelques nos à votre ami M. H. d'A. Il sera inscrit en votre nom, dès qu'il aura renvoyé son adhésion. Nous ne saurions trop vous remercier de la peine que vous prenez de nous procurer des adhésions. Nous nous efforçons par tous les services que nous rendons de faciliter leur tâche à ceux de nos lecteurs, qui, comme vous, nous assistent de leur propagande. Il devient plus aisé, chaque année, de faire partager nos vues d'association et d'appui mutuel ; il suffit de convaincre un confrère que la lecture du journal lui sera véritablement utile au point de vue professionnel et scientifique et que par l'usage des services organisés pour nos lecteurs, le prix de l'abonnement est insignifiant.

Dr V., à H. — Malgré votre opinion, nous n'enverrons jamais un jeune médecin dans une ville sans y être invité par les médecins eux-mêmes. Vous reconnaîtrez que tel n'est pas notre rôle et que nous nous exposerions à desservir, au lieu d'être utiles.

Dr R., à L.-J. — Si nous pouvions réussir à vous aider au rétablissement par le Conseil général, du crédit de la loi de protection, nous considérerions ce succès comme un des plus grands qu'il nous soit donné d'obtenir parfois, par la publicité du *Concours Médical*. Nous ferons notre profit des indications du président du syndicat et enverrons selon les recommandations.

Dixième année **N° 33** 18 Août 1888

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE

Les résultats médicaux du Congrès de la tuberculose

TUBERCULOSE HÉPATIQUE ET PÉRIHÉPATIQUE.

Il existe deux formes de tuberculose hépatique au point de vue anatomique (en dehors des granulations tuberculeuses) : la tuberculose par infiltration ou hépatite caséeuse, et l'ulcération caverneuse ou l'abcès tuberculeux du foie.

Au point de vue clinique, elle ne donne pas lieu à des signes particuliers tant qu'elle est minime et limitée au foie. On peut la soupçonner, lorsqu'elle est compliquée d'abcès *périhépatiques*.

Quand on a ouvert un de ces abcès, il faut donc explorer le foie avec grand soin, réséquer au besoin le bord inférieur du thorax pour curer plus facilement l'abcès tuberculeux intra-hépatique ; dans les cas limités et bénins, on peut employer les injections d'éther iodoformé (*Lannelongue*).

CIRRHOSE TUBERCULEUSE.

Il est aujourd'hui démontré qu'il y a une cirrhose tuberculeuse, comme il y a une cirrhose syphilitique. Les bacilles sont apportés dans les espaces porte par les vaisseaux porte ou les lymphatiques, qu'il existe ou non des lésions intestinales. Les tubercules sont quelquefois peu nombreux et ne paraissent pas expliquer suffisamment par l'irritation mécanique qu'ils causeraient la production de tissus scléreux. Peut-être faut-il admettre que les poisons solubles sécrétés par les bacilles vont à distance des tubercules provoquer l'inflammation interstitielle.

La cirrhose tuberculeuse s'accompagne d'ascite typique, de développement anormal des veines sous-cutanées abdominales, de diminution de volume du foie ; la péritonite tuberculeuse, qualifiée de forme ascitique, s'explique par la coexistence de la cirrhose tuberculeuse et peut-être n'est-elle en réalité qu'une cirrhose tuberculeuse (*Hanot* et *Lauth*).

TUBERCULISATION ET LIQUIDE LACRYMAL.

M. Valude a démontré que la tuberculose de la conjonctive est rare, parce que le liquide lacrymal contient des principes chimiques ou des micro-organismes d'une nature telle que le bacille spécifique de la tuberculose était par eux détruit.

Le même médecin a démontré expérimentalement au sujet du sac lacrymal l'impossibilité d'en déterminer la tuberculisation.

MÉNINGITE TUBERCULEUSE CHEZ L'ADULTE.

La méningite tuberculeuse est parfois difficile à reconnaître chez l'*adulte*.

Il peut se produire chez l'enfant des poussées avortées de méningite, lesquelles ne laissent après elles que peu de traces ; chez l'adulte ces formes frustes peuvent engendrer diverses variétés de vésanie ; enfin, la méningite des adultes peut se limiter à certaines circonvolutions de l'encéphale et devenir chronique. (*Kalindero*, de Bucharest.)

SUR LA MÉNINGITE TUBERCULEUSE PENDANT LA GROSSESSE.

La grossesse ne paraît pas avoir d'influence manifeste sur la marche de la maladie.

Mais la maladie, même dans sa période ultime, ne paraît pas avoir d'influence sur la grossesse et la santé du fœtus.

La provocation de l'accouchement doit être tentée si la femme a dépassé six mois et demi de grossesse et si le diagnostic de méningite tuberculeuse est bien établi. (*Chambrelent*, de Bordeaux.)

HÉRÉDITÉ TUBERCULEUSE ET GROSSESSE.

Dans le cas de grossesse, si le père est fort et de bonne santé, il est constant de voir le fœtus arri-

ver à terme avec un développement normal, quel que soit l'état de santé de la mère.

Si au contraire le père est malade, le fœtus arrive à terme avec un poids chétif, d'environ 2,500 grammes, quelle que soit la bonne santé et la taille de la mère.

L'alcoolisme, la syphilis et la tuberculose peuvent influer sur le développement du fœtus ; mais, pour ne parler que de cette dernière, il résulte d'expérimentations sur des cobayes, que le sperme tuberculeux est susceptible de tuberculiser l'ovule fécondé. Donc, le père tuberculeux peut transmettre au fœtus et une prédisposition morbide fâcheuse (le terrain) et la maladie spécifique elle-même (la graine). La tuberculose généralisée du père est parfaitement capable d'enrayer le développement du fœtus. (*La Torre*, de Messine.)

VACCINATION ET TUBERCULISATION.

M. *Degive* propose, pour s'opposer à la dissémination de la tuberculose par la vaccination, l'application d'un système qui jouit d'une juste faveur en Belgique.

Quand on a recueilli du vaccin sur le veau préparé *ad hoc*, on sacrifie cet animal et on en pratique l'autopsie. Si celui-ci est indemne de tuberculose, on livre le vaccin à la consommation ; mais si l'animal est tuberculeux, le vaccin qui en provient est immédiatement rejeté. Dans l'espace de deux mois, on a ainsi vacciné en Belgique plus de 60,000 personnes avec cette précaution, qui met radicalement à l'abri de toute contamination.

Cette mesure essentiellement efficace, parce qu'elle est rationnellement radicale, n'est pas nécessaire, dit M. Chauveau. En effet, d'une part le virus tuberculeux germe mal après la vaccination, parce qu'il est déposé, dans l'épaisseur de l'épiderme, dans une région où l'absorption de ce virus particulier se fait très difficilement.

D'autre part, le bacille spécifique ne passe que très malaisément dans le liquide vaccinal. Le fait est prouvé, et après un grand nombre d'expériences on n'est arrivé *qu'une seule fois* à produire une tuberculisation par l'intermédiaire du vaccin.

LA TUBERCULOSE PULMONAIRE ET L'IMPALUDISME EN SYRIE ET EN EGYPTE.

M. *de Brun* (de Beyrouth) dit que les tuberculeux sont rares en Syrie où les conditions climatériques leur sont pourtant singulièrement défavorables. La loi de Boudin, qui affirme l'antagonisme de la tuberculose et de l'impaludisme, explique ce fait paradoxal.

En se basant sur une statistique de près de 7,000 malades, M. de Brun admet aussi que l'impaludisme paraît conférer une sérieuse immunité au point de vue de la tuberculose. Cette immunité, provoquée par l'évolution probable dans l'économie d'un micro-organisme, est loin d'être contraire aux principes de microbiologie actuellement admis.

M. *Piot* (du Caire) confirme, par les observations qu'il a pu faire en Egypte, les faits énoncés par M. de Brun et, comme lui, il considère comme très réel l'antagonisme de la tuberculose et du paludisme.

PERSISTANCE DES GERMES DE LA TUBERCULOSE DANS L'EAU DE RIVIÈRE.

MM. *Chantemesse* et *F. Vidal* (de Paris) ont fait des expériences dans lesquelles les germes de la tuberculose se sont conservés vivants pendant cinquante jours dans de l'eau de Seine stérilisée et laissée entre 8 et 12°, et pendant soixante-dix jours dans l'eau de Seine stérilisée maintenue entre 15 et 18°.

A côté de la question de la vitalité des germes tuberculeux dans l'eau de rivière, existe le problème plus important de leur nocuité, c'est-à-dire de leur virulence.

Les cobayes inoculés dans le péritoine avec 1 centimètre cube d'eau qui renfermait depuis quinze jours des germes de la tuberculose, ont été sacrifiés au bout de deux mois et demi. Aucun ne présentait de trace de tuberculose.

FEUILLETON

Ce que devient la médecine.

On aurait tort de considérer l'art de guérir comme né d'hier, comme une de ces nécessités qui résulteraient de la décadence des mœurs ou d'une certaine déchéance de la santé générale.

Plus on remonte dans l'histoire du passé, plus on voit que la médecine, au contraire, était dans les habitudes et dans les besoins de la population. Elle était aussi indispensable aux gens de qualité qu'au menu peuple ; et sur tous elle exerçait un prestige qui tenait de la superstition.

Les médecins étaient beaucoup mieux choyés, beaucoup plus recherchés, vénérés ou craints qu'ils ne ne le sont à présent.

On les considérait comme un peu sorciers et devins, ayant des relations avec le monde surnaturel ; et on croyait qu'ils avaient le pouvoir de conjurer les influences malfaisantes, d'écarter les maladies ou de les faire naître à volonté (1).

Dans des conditions pareilles, ils ne pouvaient manquer d'exercer un ascendant très grand sur leurs contemporains et obtenir d'eux ce qu'ils voulaient. Ils étaient comme ces petits dieux domestiques auxquels on dressait des autels, sauf à briser leurs effigies si l'on n'en obtenait pas ce qu'on espérait.

***

Comme nous l'avons dit déjà, la quantité des gens qui se mêlaient de traiter les malades était innombrable. Ça ne coûtait rien de prendre la qualité de médecin, et quelquefois ça rapportait beaucoup.

Les grands s'attitraient des médecins autant qu'ils s'en pouvaient payer. J'ai lu quelque part que Jules César traînait toujours dans ses expéditions, au moins une demi-douzaine de personnages ainsi qualifiés, qui étaient attachés à sa personne et qui avaient chacun sa spécialité : pédicure, épilateur, étuviste, fricateur, etc.

Nous nous plaignons de ce que la carrière est encombrée ; de ce qu'il y a, en un mot, pléthore médicale.... Il serait beaucoup plus rationnel de s'en prendre à la population qui paraît recourir de moins

(1) Encore aujourd'hui beaucoup de personnes supposent aux médecins une clairvoyance qui n'est pas donnée aux esprits les plus perspicaces. *Voyons, docteur, vous l'avez bien vu ? que diable ! tous les médecins doivent s'apercevoir de cela, etc. ?*

Ce résultat est dû soit à la faible dose de germes inoculés, soit à l'atténuation de ces germes dans une eau relativement froide, soit à l'une et à l'autre de ces causes.

MM. Galtier et Cadéac ont placé des fragments d'organes tuberculeux d'abord dans de l'eau sans cesse renouvelée et ensuite dans de l'eau stagnante dans un vase ; puis des cultures ont été tentées avec ce liquide. L'eau courante a encore donné des inoculations positives *un mois et demi* après le début de l'expérience, tandis que l'eau stagnante a été inoculée avec succès *cent vingt* jours après.

TUBERCULOSE GANGLIONNAIRE.

M. *Duret* (de Lille) dit que la tuberculose des ganglions comprend trois formes cliniques, toutes trois justiciables de procédés thérapeutiques différents :

La forme fibro-caséeuse ;

La forme caséo-tuberculeuse ;

La forme ulcérative ou fistuleuse.

Dans la forme *fibreuse* il n'y a qu'une seule méthode rationnelle, c'est l'extirpation avec toutes les précautions que comporte la région sur laquelle on opère.

Dans la forme *caséo-tuberculeuse*, il faut distinguer les cas où les ganglions tuberculeux sont espacés en chapelets de ceux dans lesquels ils forment une seule masse agglomérée et compacte. Dans la première circonstance on traitera chaque ganglion isolément par l'ignipuncture ; dans le second cas on attaquera la masse en son milieu par de vastes tranchées pratiquées au fer rouge et en forme de croix.

Dans la forme *fistuleuse* enfin, il ne faut pas encore abandonner le fer rouge dans la crainte de voir survenir des cicatrices difformes. Au contraire, M. Duret a eu à traiter une jeune fille atteinte de fistules tuberculeuses multiples au niveau du cou ; il a débridé au fer rouge ces fistules, il a passé le thermo-cautère au fond des cavités suppurantes et la guérison a été obtenue sans cicatrices vicieuses et avec une déformation beaucoup moins choquante que celle qui aurait résulté de la présence des fistules elles-mêmes, qui sont toujours déprimées et profondément adhérentes.

USAGE DE LA VIANDE CRUE.

M. *Hureau de Villeneuve* (de Paris), croit que outre l'inconvénient bien démontré de l'usage de la viande crue au point de vue de l'ingestion des microbes ou parasites nuisibles, même à celui de l'alimentation, l'emploi de la viande crue est au moins inutile. En effet, l'absorption de la viande crue est souvent répugnante et, pour parler des phthisiques, ce qu'il faut avant tout éviter chez eux, c'est le dégoût pour la nourriture. M. Hureau de Villeneuve laisse ses malades prendre les aliments de leur choix, persuadé que ce qu'on absorbe avec plaisir est plus facilement digéré et assimilé. Pour exciter leur appétit, les amers, les préparations strychninées seront à bon droit utilisées.

Si l'on juge indispensable d'administrer du sang en nature, il sera préférable de conseiller du sang de chèvre ou de mouton ; ce dernier, sauf la couleur, représente à peu de chose près le goût du lait chaud. (*Arloing.*)

DE L'INTERVENTION CHIRURGICALE DANS LES OSTÉO-ARTHRITES TUBERCULEUSES DES ARTICULATIONS TIBIO-TARSIENNES ET DU PIED CHEZ L'ENFANT.

M. *Redard* (de Paris) pense que certaines formes de tuberculoses très graves des articulations tibiotarsiennes et du pied chez l'enfant peuvent être guéries par l'ouverture large des articulations, suivie de raclage ou d'évidement, et de cautérisation au thermo-cautère.

Les détails opératoires ont, ici, une grande importance : c'est la désinfection des foyers tuberculeux avant et pendant l'opération ; cautérisation exacte au fer rouge de tous les foyers tuberculeux et fistules ; drainage, bains antiseptiques prolongés, immobilisation dans une boîte plâtrée ou silicatée.

Ces opérations économiques et conservatrices ont pour le membre inférieur une supériorité très grande

---

en moins à l'assistance des hommes de l'art ou qui sait s'en passer.

La vérité est que de tout temps on s'est plaint de l'encombrement professionnel.

Au 18e siècle, en Franche-Comté — et je suppose que c'était comme cela ailleurs, — il n'y avait pas une bourgade, si chétive qu'elle fût, qui n'eût sa demi-douzaine de médecins qualifiés. Sans compter les autres ! Pas un village qui n'eût son officier de santé ou son licencié en médecine ! pas de hameau qui ne fût pourvu d'un médecin d'urines ou d'un rebouteur en renom !

***

Il va sans dire que dans les dénombrements officiels, on ne tenait pas compte de tous ces praticiens de contrebande, pas plus que des charlatans circulants ou sédentaires. On n'y mentionnait que les médecins reconnus, ayant fait un apprentissage et subi des examens.

Nous allons comparer le siècle dernier à celui-ci.

En 1776, la Société royale de Médecine — aujourd'hui l'Académie, — avait entrepris un essai de topographie médicale du royaume. M. de Calonne, à ce propos, fait savoir à l'intendant de Franche-Comté que Sa Majesté désire avoir le tableau des médecins de chaque partie du royaume...

J'ai relevé ce tableau sommairement pour la Franche-Comté, sauf pour le pays de Montbéliard qui ne faisait pas alors partie du territoire français.

N'oublions pas que la population totale de nos trois départements, y compris le Comté de Montbéliard, est *à présent de 883.209 habitants* ; et qu'elle est desservie médicalement par 299 docteurs et officiers de santé, qui suffisent à la besogne, et qui sont même plus que suffisants. N'oublions pas cela.

C'est un médecin pour 2950 individus.

Or, en 1786, pour une population qui ne dépassait pas 600,000 habitants, il y avait dans toute la province 466 médecins et chirurgiens authentiques pour y exercer régulièrement l'art de guérir.

C'est un médecin pour 1245 individus (1).

Besançon, qui n'avait que 25,000 habitants, possédait quarante gradués en médecine, dont l'un, le Dr Guillon, est mentionné comme exerçant particulièrement le magnétisme animal. C'était le prédé-

(1) *Archives de la Préfecture du Doubs* (Carton C.118). La population du pays de Montbéliard, non plus que les médecins qui y pratiquaient l'art de guérir, ne sont pas compris dans ces chiffres.

En 1882, on comptait aux Etats-Unis et au Canada un médecin pour 600 âmes. C'est le fruit de la liberté laissée à l'exercice de la médecine.

sur les résections typiques. Elles sont généralement exemptes de dangers. Si la technique opératoire et les pansements ont été réguliers, les résultats éloignés sont favorables. La guérison définitive est, dans la grande majorité des cas, assez rapidement obtenue, le pied dans une bonne position et sans déformation.

LES FAMILLES DES TUBERCULEUX.

M. *Ricochon* (de Champdeniers) a recueilli, dans le courant de 1887, 53 observations de cas de phthisie pulmonaire dans lesquels il était possible de faire une enquête approfondie sur les antécédents personnels et héréditaires : il a trouvé, chez les parents ou collatéraux, 181 fois la tuberculose ; 83 fois, il a constaté l'existence, dans ces mêmes conditions, de névroses diverses, psychopathie, épilepsie, éclampsie, chorée, convulsions infantiles, folie puerpérale, etc. ; 38 fois, les uns ou les autres avaient été atteints de luxation congénitale de la hanche, 38 fois de déviations osseuses, 23 fois de cancer de différents viscères, etc., etc.

Tous ces états différents ne sont-ils pas solidaires les uns des autres ? Que signifient ces déformations osseuses, ces varices, ces hernies qu'on rencontre si souvent, sinon qu'il existe un défaut de résistance de l'organisme ? Les tissus ligamenteux, osseux ne sont-ils pas dépourvus de leur matière minérale ou celle-ci est-elle insuffisante ? Cette loi peut peut-être s'appliquer à la plupart des autres tissus, qui, moins résistants, deviennent un terrain tuberculisable. Ce n'est pas là une simple hypothèse, puisque bien des auteurs, Rommelaere, Beneke et Senator, par des analyses chimiques, ont trouvé souvent dans les urines des malades atteints de ces diverses affections, des déchets considérables de substances inorganiques, chaux, soude, phosphore, etc. Le développement du bacille se trouvant associé, de la sorte, à certains vices nutritifs, n'y aurait-il pas là des indications thérapeutiques à satisfaire ?

DE L'HÉRÉDITÉ DE LA TUBERCULOSE.

M. *Malvoz* (de Liège) rappelle que le passage des micro-organismes de la mère au fœtus ne se fait que lorsqu'il y a des lésions du placenta, abcès, etc., déterminés par les agents microbiens. C'est là la grande loi de Wyssokowitch, qui veut que les micro-organismes ne passent dans les liquides de sécrétion de l'organisme que lorsqu'il existe des lésions glandulaires. M. Malvoz n'a pas fait d'inoculations de tuberculose à des femelles pleines, mais on peut supposer ce qui se passe d'après ce que l'on a observé pour le charbon, le choléra des poules, etc. Le bacille de la tuberculose, d'après Firket, ne se trouve dans le sang que dans le tiers des cas, alors qu'un foyer s'est ulcéré dans un vaisseau ; sur 50 autopsies de tuberculeux, cet auteur n'a trouvé que dans le tiers des cas des granulations miliaires dans le rein, la rate, le foie. Il faudrait que le placenta fût le siège de lésions tuberculeuses pour que le bacille de Koch fût transmis au fœtus ; or, ce fait ne se rencontre que rarement, car le placenta est, bien moins que la rate, la moelle des os, etc., un organe de fixation pour les micro-organismes. Aussi n'existe-t-il que quelques rares cas de tuberculose congénitale, ceux de Johne, de Lydtin, de Schwanefeld, dans la médecine vétérinaire. M. Malvoz croit que pour l'hérédité de la tuberculose, il s'agit seulement d'une question de terrain.

CONTAGION DE LA TUBERCULOSE DE L'HOMME AUX POULES.

M. *Cagny* (de Senlis) a soigné, il y a quelque temps, une dame qui mourut de phthisie pulmonaire, dont le fils était atteint de la même maladie. Il partit pour le Midi et en revint très amélioré. Mais en même temps notre confrère remarquait que les poules de la basse-cour avaient maigri et, lorsqu'il les examina, il trouva leur foie farci de tubercules ; or, le jeune malade avait souvent remarqué que ces animaux se précipitaient sur les crachats qu'il expectorait dans la basse-cour pour les picorer.

Les animaux sacrifiés, la basse-cour nettoyée et désinfectée, aucun accident de ce genre ne se reproduisit.

---

cesseur de nos spirites modernes et des hypnotiseurs de l'avenir. Il n'y a pas plus de quarante médecins aujourd'hui à Besançon où la population a plus que doublé.

Lons-le-Saulnier en avait	14
Dôle et Saint-Claude	13 chacun
Vesoul	12
Poligny	10
Gray et Luxeuil	8 chacun
Jussey, Salins, Pesmes, St-Amour, Baume	7 chacun
Arbois, Ornans, Gy, Pontarlier, Lure	6 chacun
Quinguey, Noseroy, Faucogney	5 chacun

Dans toutes ces villes, le nombre des médecins a décrû des deux tiers et telle localité qui en comptait sept ou huit n'en a plus que deux à présent ; et encore en pourrait-on retrancher une unité sans que l'assistance publique en fût privée.

* * *

Une comparaison pareille est bien de nature à nous faire réfléchir. Car on pourrait croire que c'est là fin de la médecine à brève échéance.

Je sais bien que l'ensemble des médecins ne constitue pas la médecine, pas plus que l'ensemble des commerçants ne constitue le commerce. Il y a même opposition souvent entre ces deux termes, l'un s'améliorant ou se transformant au détriment de l'autre.

Il n'est pas moins certain cependant que si une profession reçoit son importance du nombre des gens qui l'exercent ; que, si elle est appréciée et cotée d'après les services que le public lui demande, et les sommes d'argent qu'il lui consacre, la médecine est dans une décadence complète.

C'est clair.

Plus l'art de guérir s'est perfectionné, plus il a simplifié ses procédés curateurs et assaini son champ d'action : double raison pour que l'intervention des médecins soit nécessaire.

D'où cette conséquence économique que l'art de guérir tend à réduire la quotité des dépenses occasionnées par la morbidité en général, et à diminuer parcillement celle des recettes à effectuer par le personnel de santé.

Cet état de choses, si alarmant pour nos intérêts professionnels, encore une fois, a de quoi nous inquiéter. La situation va nécessiter des mesures ou des arrangements qui nous permettent de remédier à cet effondrement.

Dr PERRON (de Besançon.)

(*A suivre.*)

ARTHRITES TUBERCULEUSES CHEZ UN ARTHRITIQUE.

M. *Jonesco* (de Paris) dit que les cas d'hybridité tuberculoso-arthritique sont très rares. En voici un qu'il a récemment observé : un homme, âgé de trente ans, né d'un père tuberculeux et d'une mère rhumatisante, a eu depuis sa jeunesse de nombreuses attaques de rhumatisme articulaire, dont les dernières s'étaient surtout localisées sur les membres inférieurs. Il se marie, a quatre enfants, dont trois meurent d'accidents tuberculeux divers; puis il est atteint ultérieurement d'arthrite fongueuse du genou droit, puis d'hémoptysies. Quand M. Jonesco l'examina, il était atteint d'ankylose du genou droit, en même temps qu'il présentait des signes non douteux d'arthrite tuberculeuse du genou gauche ; du côté des poumons on constatait une lésion tuberculeuse du sommet droit. Le rhumatisme semble avoir joué chez lui un certain rôle dans la production de ces tumeurs blanches ; il a pu créer dans les articulations un *locus minoris resistentiæ* pour la pénétration des bacilles tuberculeux.

L'arthritisme et la tuberculose s'associent rarement ensemble dit à ce propos M. *Verneuil* ; mais, il peut se créer une sorte d'hybridité morbide entre les deux maladies. Dans ces cas, alors, la combinaison de ces deux dyscrasies peut, le plus souvent, s'expliquer par les maladies des ascendants : le plus souvent, le père était atteint d'une des deux diathèses, la mère de l'autre. Tel est, en particulier, ce qui s'est produit dans le cas de M. Jonesco.

De même, l'anthrax est très rare chez les scrofuleux et dans le cas où on rencontre cette association exceptionnelle, on peut, presque toujours, constater que l'un des parents était arthritique, l'autre tuberculeux.

POLYADÉNOPATHIE INFANTILE.

M. *Legroux* (de Paris) appelle l'attention sur ces petits ganglions localisés au cou chez les enfants et que l'on attribue communément à un peu de lymphatisme. Presque tous les enfants, et, en tout cas, tous ceux qui habitent des locaux insalubres et qui vivent dans de mauvaises conditions d'hygiène, présentent de ces manifestations ganglionnaires.

Cette lésion, que M. Legroux appelle la *micro-polyadénopathie* de l'enfance, consiste en de petits grains ganglionnaires non enflammés, non adhérents à la peau et mobiles sur les parties profondes. Ces engorgements ganglionnaires sont-ils la conséquence des érosions ou des traumatismes si ordinaires chez les enfants ? M. Legroux estime que c'est là le cachet d'une infection tuberculeuse véritable ; et le fait est si réel qu'on observe, en même temps que ces déterminations locales, une déchéance organique générale. C'est, en un mot, une manifestation primitive de la tuberculose.

En terminant, l'auteur cite cette anecdote typique : Un enfant, il y a deux ans, eut le *deuxième prix* au concours des bébés ; c'était un enfant gros et de bonne apparence, mais qui présentait cette polyadénopathie. Quelques mois plus tard, il succomba aux progrès de la tuberculose.

M. Daremberg a vu plusieurs fois cette adénopathie spécifique concurremment avec des amygdalites tuberculeuses infectieuses.

Les enfants contractent assez aisément ces amygdalites dans la cohabitation avec leurs parents tuberculeux et par le fait des embrassements. Ces amygdalites se révèlent par un gonflement considérable des amygdales, qui sont revêtues d'un enduit spécial dans lequel j'ai retrouvé le bacille spécifique.

Comme thérapeutique, en pareil cas, il ne saurait conseiller autre chose que des lavages antiseptiques des amygdales.

FIÈVRE TUBERCULEUSE INFECTIEUSE AIGUE.

Il existe des embarras gastriques fébriles ou même des états typhiques véritables, lesquels sont pris et traités pour la dothiénentérie simple et qui ne sont que les prodromes d'une tuberculisation ultérieure. C'est une véritable tuberculose fébrile, et, pour la différencier de la fièvre typhoïde, il faudra se reporter principalement à la marche de la température. Dans la fièvre tuberculeuse l'ascension thermique du début est brusque, puis la courbe des températures reste en plateau pour redescendre à un degré assez peu élevé ; on connaît la marche toute différente de la température dans la fièvre continue.

De plus, l'action de la médication ne sera pas moins démonstrative pour le diagnostic. La fièvre tuberculeuse cède remarquablement à l'antipyrine, donnée à petites doses continues, tandis que ce médicament n'agit que très peu dans la fièvre typhoïde. (*Jeannel*.)

RÉSISTANCE DES GALLINACÉS A LA TUBERCULOSE PAR INGESTION.

Les gallinacés peuvent être soumis à l'ingestion très prolongée de quantités véritablement énormes de matières tuberculeuses sans présenter aucune lésion tuberculeuse. Il ne faudrait cependant pas en conclure que la tuberculose, que nous savons atteindre parfois ces animaux, ne reconnaît pas, comme porte d'entrée, le tube digestif. La localisation spéciale que présente la tuberculose chez les gallinacés, localisation portant surtout sur le tube digestif et ses annexes, rend ce mode de contagion probable. Mais, pour s'effectuer, il doit obéir à des conditions particulières dont le déterminisme exact est encore à trouver.

La conclusion que l'on peut tirer dès à présent de nos expériences, c'est que les gallinacés sont *extrêmement réfractaires* à la tuberculose par ingestion. (*Straus* et *Wurtz*.)

LES BACILLES ET LE SUC GASTRIQUE.

— Les expériences de MM. Chauveau, Gerlach, Klebs, Toussaint, etc., ont montré que la tuberculose peut être provoquée à la suite de l'ingestion de produits tuberculeux.

On pouvait déjà en conclure que le suc gastrique est à peu près impuissant à détruire la virulence tuberculeuse. Il y avait cependant intérêt à préciser les conditions du phénomène et à instituer des recherches destinées à bien mettre le fait en évidence.

Les bacilles (sporulés) de la tuberculose résistent à l'action du suc gastrique du chien, pendant six heures, à la température du corps, sans perdre d'une façon appréciable, de leur virulence. Cette virulence est absolument détruite par un séjour de vingt-quatre heures dans ce même suc gastrique. D'autres expériences montrent la limite exacte, au delà de six heures, à laquelle la virulence est détruite.

Ainsi les bacilles sporulés de la tuberculose présentent une résistance très grande à l'action du suc gastrique. Dans les expériences *in vitro*, où le suc gastrique *pur* agit directement sur la culture *pure*, l'action de ce suc doit être bien plus énergique que lorsqu'on a affaire à des substances tuberculeuses

ingérées dans l'estomac. Dans ce cas, en effet, les bacilles sont contenus dans les tissus (viande, viscères) et en partie protégés par eux. D'autre part, le suc gastrique est dilué par les aliments et les boissons; enfin, la durée du séjour des aliments dans l'estomac atteint rarement la limite de six heures. On peut donc en conclure qu'il serait chimérique de compter, chez l'homme, sur l'intervention du suc gastrique pour le garantir contre le danger de l'ingestion de produits tuberculeux.

DE LA PREMIÈRE ENFANCE ENVISAGÉE COMME MILIEU ORGANIQUE DANS SES RAPPORTS AVEC LA TUBERCULOSE.

« La tuberculose présente des nuances si infinies dans ses variétés cliniques, qu'envisagée chez l'adulte, le vieillard ou l'enfant, on pourrait presque se demander s'il s'agit de la même maladie.

Dans la première enfance, si on ne tenait compte que des descriptions classiques, on s'exposerait à avoir des mécomptes graves ; en effet, tandis que dans la deuxième enfance la tuberculose est localisée, dans la toute première enfance, la tuberculose prend les allures d'une maladie générale ; au lieu de se manifester par des troubles méningés, digestifs ou péritonéaux, elle peut ne se révéler que par une mise à mal de tout l'organisme, qui s'accompagne d'une fièvre élevée, et, lorsqu'on pratique l'autopsie du sujet qui a succombé, c'est à peine si l'on trouve quelques granulations dans la rate, le foie, etc., tandis que ces organes sont tuméfiés, que parfois même les plaques de Peyer sont hypertrophiées.

La tuberculose se manifeste aussi souvent par des lésions d'ordre congestif, sans qu'il y ait de véritables granulations tuberculeuses ; la maladie s'arrête au stade prégranulique, et l'on trouve, sous un noyau de broncho-pneumonie d'apparence vulgaire et en l'absence de toute granulation, des bacilles caractéristiques. Il en est surtout ainsi pour la broncho-pneumonie qui survient dans le cours de la rougeole, et je suis encore à chercher aujourd'hui un cas de broncho-pneumonie réellement d'origine morbilleuse. Ici, l'étiologie semble bien être la bacillose, mais le rôle pathogénique en a été dévolu à la rougeole ; on pourrait dire que la rougeole a fait de l'organisme de ces jeunes enfants un véritable bouillon de culture pour le bacille de la tuberculose, qui n'attendait pour germiner, que des conditions dyscrasiques et thermiques.

Aussi, contrairement aux idées classiques, je crois que la tuberculose est loin d'être rare dans le jeune âge ; bien au contraire, elle est d'une grande fréquence, mais se cache sous les allures d'une maladie simplement inflammatoire.

C'est là un précieux enseignement qui pourra nous fournir des données fort utiles, puisque le bacille évolue là sur un terrain tout à fait vierge, en dehors des conditions si complexes que l'on trouve chez l'adulte.

Au point de vue de la fréquence de la tuberculose chez l'enfant, de sa pathogénie, il faut faire, je crois, jouer un rôle considérable à l'alimentation, et surtout à l'alimentation lactée artificielle ; et lorqu'on sait que la tuberculose est si fréquente chez le jeune enfant, si rare au contraire chez le veau, on se demande si l'éducation de l'être humain n'est pas plus mal comprise que ne l'est celle de l'animal !

La prophylaxie de la tuberculose sera donc facile à réaliser, en grande partie du moins, chez l'enfant si on proclame bien haut qu'il ne faut lui donner que du lait bouilli, que le lait cru est dangereux.

Ce serait cependant une erreur de croire que l'alimentation est la seule et unique cause de la tuberculose du premier âge ; il faut que l'on sache que la contamination ne se fait pas seulement par le tube digestif, mais par les téguments, par les voies respiratoires.

Enfin, en dehors de ces diverses conditions, la pathogénie de l'hérédité de la tuberculose s'impose ; l'enfant, non seulement reçoit, en naissant, un terrain favorable, mais il est aussi contaminé par la graine qui va y germer ; on peut naître bacillisé comme on naît syphilisé par infection originelle, et ce qui le prouve, ce sont non seulement les faits de tuberculose chez des bébés exclusivement nourris au sein, mais ce sont les observations de tuberculose familiale, quand l'on voit des enfants naître tous tuberculeux alors que les premiers-nés étaient parfaitement sains, soit que l'un des procréateurs ne soit plus réellement le même, soit que, restant civilement la même, l'hérédité ait changé pathologiquement. On ne saurait ne pas regretter que les principes de sélection qui guident les éleveurs dans leur choix ne puissent être, en pareilles circonstances, appliqués à la race humaine.

Pour bien vous faire comprendre combien la tuberculose est fréquente chez les bébés, je puis vous dire que, dans mon service de la crèche de l'hôpital Tenon, j'ai constaté sur cinquante autopsies, un décès sur trois imputables à la tuberculose ; MM. Hayem et Damaschino m'ont dit avoir constaté les mêmes faits ; j'ajoute qu'aucun de ces cas de tuberculose ne s'est développé à l'hôpital, que les enfants y sont toujours venus déjà en puissance de tuberculose.

On a déjà poussé le cri d'alarme à propos de l'influence néfaste de l'alcoolisme, de la syphilis des parents sur les nouveau-nés ; il faut qu'on en fasse autant pour la tuberculose ; en un mot, à côté de l'observation des règles de l'hygiène alimentaire, de la contamination, il faut chercher à enrayer l'hérédo-tuberculose. » (*Landouzy*).

PROPAGATION DE LA TUBERCULOSE PAR LES VERS DE TERRE.

M. *Leloir* (de Lille) a eu à soigner un enfant de très bonne santé, âgé de dix ans, et qui était atteint de lupus myxomateux au niveau de la légion temporale; il ne trouva cependant aucune cause capable de l'expliquer. Il apprit alors que cet enfant, atteint d'impétigo du cuir chevelu, avait été pansé avec des cataplasmes de vers de terre, usage encore assez répandu ; poursuivant son enquête, il apprit que ces vers avaient été recueillis sur le terrain même où un poulain tuberculeux, disait le vétérinaire, avait été enterré. On peut se demander si le ver de terre ne joue pas vis-à-vis le bacille de Koch un rôle analogue à celui qu'il joue vis-à-vis le bacille du charbon.

OPÉRATIONS SUCCESSIVES CHEZ UN TUBERCULEUX.

M. *L. G. Richelot* (de Paris) a observé un malade qui a présenté au niveau du coude une série d'accidents suppuratifs tuberculeux, qu'il a successivement traités et guéris à mesure qu'ils se sont développés. Au cours de ces accidents locaux, il a même vu survenir des symptômes pulmonaires qui ont, pendant un temps, assombri le pronostic. Aujourd'hui, accidents locaux et menaces pulmonaires, tout a disparu et le malade est radicalement guéri.

Ce fait est remarquable en raison de la ténacité des récidives locales opposée à l'avortement des menaces de la tuberculose du côté du poumon. Il est tout entier un plaidoyer éloquent en faveur de la thérapeutique opératoire poursuivie jusqu'aux dernières limites vis-à-vis des tuberculoses locales.

DU TUBERCULE ANATOMIQUE.

M. *Barthélemy* (de Paris) croit que la cause du tubercule anatomique ne réside pas uniquement dans l'inoculation tuberculeuse et il estime que divers organismes infectieux, quand ils sont introduits sous la peau, sont susceptibles de favoriser le développement de ces granulomes. Les tubercules anatomiques sont souvent, en un mot, des tuberculoses cutanées, mais non toujours.

De même il croit que la dissection n'est pas seule capable de faire naitre ces productions ; il a vu une religieuse contracter un tubercule anatomique après s'être écorchée en pansant un abcès froid.

Le traitement de ces productions consistera, ainsi que M. Barthélemy l'a indiqué dès 1882, à cautériser les parties à l'aide de la pointe fine du thermo-ou du galvano-cautère ; on pansera à l'emplâtre de Vigo.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE DE CERTAINES AFFECTIONS TUBERCULEUSES.

Pour se limiter aux affections tuberculoses du squelette, celles-ci sont justiciables de deux principales méthodes : l'incision suivie du grattage, l'injection d'éther iodoformé.

Notre collègue, M. *Barette*, a observé que l'injection d'éther iodoformé prépare avantageusement l'autre pratique opératoire. Une injection d'éther iodoformé, faite huit jours avant le grattage, empêche le pus de se reformer dans la poche, rend les parois de celle-ci granuleuses, rouges, faciles à gratter et à réunir.

Enfin l'injection d'éther iodoformé seule rend de grands services dans certains cas; on peut observer, toutefois, quelques accidents, d'ordinaire sans signification fâcheuse : de petites eschares, des hémorrhagies de la paroi quand on pratique le grattage, enfin des phénomènes généraux que j'ai vus aller jusqu'à la syncope.

Traitement antiseptique du pyopneumothorax.

M. *Moizard*, ayant eu à traiter deux cas de septicémie pleurale survenue au cours d'un pyo-pneumothorax et n'ayant pas d'outillage convenable pour pratiquer les injections d'air stérilisé qui ont été préconisées par M. Potain, a injecté dans la plèvre 30 grammes de la solution antiseptique suivante :

Teinture d'iode....... Alcool à 60°.......... Solution d'iodure de potassium à 1/10......	àâ 60 grammes.

Un malade qui présentait les symptômes typhoïdes les plus graves (41°) n'éprouva à part une douleur légère, aucun symptôme pénible et le lendemain sa température était normale. Il s'est amélioré rapidement ; malheureusement les signes de tuberculose commencent à apparaître.

Dans le second cas la quantité de solution iodée injectée ayant été par mégarde de 70 gr., au lieu de 30, le malade éprouva une dyspnée intense et un violent point de côté ; mais bientôt ces phénomènes disparurent, la fièvre tomba et il y eut une amélioration indéniable dans l'état général du malade ; il succomba ultérieurement à une poussée de granulie. L'autopsie montra que l'injection iodée n'avait laissé aucune trace dans la plèvre.

En résumé, les symptômes de la pleurésie infectieuse avec épanchement peuvent être combattus par l'injection dans la plèvre de 30 grammes de teinture d'iode. Si l'épanchement est très abondant, la méthode de M. Potain est seule applicable, parce que la volatilisation de la teinture d'iode augmenterait trop la tension pleurale.

M. Renaut (de Lyon) a obtenu de bons résultats par l'injection de liqueur de Van Swieten dans les épanchements pleuraux consécutifs au pneumothorax.

M. *Juhel-Rénoy* s'est bien trouvé dans les vieilles pleurésies d'injecter à plusieurs reprises une seringue de Pravaz de chlorure de zinc à 1/10, après avoir retiré une quantité équivalente du liquide épanché.

Prophylaxie de la pelade.

Voici les conclusions du remarquable rapport de M. Ern. Besnier que l'Académie a votées dans la séance du 31 juillet :

Mesures de prophylaxie générale.

I. — Dans tous les établissements publics, asiles, écoles municipales, pensions, lycées, écoles supérieures, corps de troupes, administrations, et généralement dans toutes les agglomérations, aucun sujet atteint de pelade ne peut réclamer son admission ou sa conservation comme un droit. Cette admission ou cette conservation restent subordonnées aux résultats de l'enquête ouverte par les médecins particuliers à chacun de ces groupes.

Pour les cas où l'intéressé n'accepterait pas la décision de ces médecins, ou si ceux-ci déclinaient la responsabilité à encourir, la question serait portée devant une commission compétente nommée par l'autorité supérieure.

II. — Les mesures de prophylaxie générale doivent être dirigées de manière à protéger les sujets sains contre les contacts médiats ou immédiats avec les régions atteintes de pelade. Les contacts immédiats seront évités en maintenant la tête des peladiques couverte, ou du moins en oblitérant exactement la surface malade; les bonnets, les perruques partielles ou totales, les emplâtres agglutinatifs, les enduits de collodion, etc., peuvent être utilisés selon les diverses circonstances.

Sans parler du mode de traitement à employer qui doit être laissé à la direction absolument indépendante du médecin traitant, il est nécessaire de dire que l'exécution de ce traitement a une importance de premier ordre dans la prophylaxie générale de la pelade. Le sujet peladique, régulièrement traité et soumis à des mesures de propreté convenables, représente le minimum possible de dangers pour les sujets sains avec lesquels il peut être mis en rapport.

Pendant toute la durée de la maladie, les peladiques auront les cheveux tenus courts sur toute la tête, la barbe sera rasée ou coupée rase aux ciseaux ; chaque matin les parties malades seront exactement lavées à l'eau chaude et au savon sans préjudice des moyens de traitement que le médecin traitant jugera utile d'appliquer. Ces mesures ont pour seul but d'éliminer régulièrement de la surface de la tête tout élément qui y serait déposé et qui pourrait être un agent de transmission ; elles sont absolument de rigueur. Il sera prudent de les continuer longtemps après la guérison confirmée, non seulement pour assurer celle-ci, mais encore pour prémunir les sujets sains contre la contamination directe ou indirecte, au cas très fréquent de guérison parfaite, ou de récidive.

On s'attachera avec autant de soins à mettre les

sujets à l'abri du contact, particulièrement sur la tête ou sur la face, avec les objets en rapport avec les parties malades. On interdira et on préviendra par les mesures appropriées, dans les divers établissements, l'échange des coiffures, la communauté des objets de literie, particulièrement des oreillers, traversins, lits de camp, appuis de tête divers, et l'on devra au moins les recouvrir, si l'on est obligé de s'en servir, de linge appartenant au sujet sain.

Tous les objets ayant été en contact avec la tête des peladiques seront désinfectés, sinon détruits.

Les objets de toilette du sujet malade doivent lui être réservés exclusivement : il ne serait pas inutile d'aviser les coiffeurs que cette mesure est de rigueur pour tout client sur la tête duquel existe une plaque de pelade, maladie qu'ils connaissent très bien. Dans les agglomérations où la tondeuse est en usage, celle-ci sera momentanément abandonnée aussitôt qu'on aura constaté l'existence d'un peladique dans le groupe auquel elle sert ; en tout cas, il sera bien de la désinfecter par immersion et mise en action dans l'huile ou la glycérine portées à l'ébullition ; les ciseaux ordinaires, imbibés d'alcool pourront être aisément et rapidement flambés.

Mesures de prophylaxie spéciale.

Chaque sujet atteint fera l'objet d'une enquête médicale qui aura pour but de rechercher surtout les conditions dans lesquelles la maladie s'est développée, ses origines probables ou certaines, et de déterminer la période à laquelle est arrivée l'affection, ainsi que la multiplicité des plaques alopéciques et le plus ou moins d'adhérences des cheveux à l'entour, etc.

Pour les asiles et les écoles de la première enfance, la non admission, l'exclusion ou l'isolement effectif seront la règle, parce que la rigueur de ces mesures n'a pas pour les enfants de cet âge la même gravité que pour ceux qui sont plus avancés, et parce qu'il est impossible de compter en rien sur leur concours.

Dans les écoles primaires, il sera possible d'admettre les peladiques, à la condition qu'ils demeurent séparés pendant les classes, isolés pendant les récréations, soumis à un traitement approprié et aux mesures de propreté ci-dessus indiquées, enfin, qu'ils auront la tête couverte toutes les fois que l'étendue et le nombre des plaques d'alopécie ne permettront pas d'en faire l'occlusion définitive.

Pour tous les externats, les peladeux peuvent être admis aux classes et aux cours à des conditions analogues ; la récréation et l'étude en commun sont soumis à une surveillance particulière sous la direction du médecin de l'établissement. Ils auront, si les plaques peladiques sont nombreuses et étendues, la tête couverte par une perruque ou un bonnet dans les cas moins intenses.

Pour les internats, écoles supérieures, etc., la surveillance pouvant être exercée encore plus utilement par le médecin attaché, et l'âge des sujets pouvant permettre de compter sur leur concours, on ne prononcera la non admission ou l'exclusion temporaire que rarement et pour des cas particulièrement intenses. Presque toujours les jeunes peladiques pourront être conservés à la condition que leurs parents acceptent les mesures auxquelles ils devront être soumis, la surveillance et les soins du médecin de l'établissement, l'isolement aux récréations et au dortoir, la tête couverte d'une perruque ou d'un bonnet.

Si ces mesures, dont le degré sera réglé par l'intensité de la maladie, ne sont pas applicables dans un établissement en particulier, on aura toujours la ressource de conserver les peladiques comme externes.

Dans les agglomérations militaires, l'exécution des règlements en vigueur permet de donner satisfaction à toutes les exigences du service et de préserver les sujets sains, ainsi que cela se pratique dans l'armée de mer et dans l'armée de terre.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

La loi de protection de l'enfance dans la Charente-Inférieure.

PÉTITION DU SYNDICAT DE LA ROCHELLE.

Monsieur le Président du Conseil Général,

Dans sa séance du 29 août 1887, le Conseil général de la Charente-Inférieure a supprimé le crédit départemental de 4,000 fr. affecté à la protection de l'enfance. La quatrième commission s'était partagée sur cette question.

M. le Dr Larquier s'est fait l'avocat de la moitié de la commission hostile à la loi.

Les arguments sur lesquels s'est appuyé l'honorable rapporteur pour conclure au rejet du crédit sont de deux sortes.

D'une part, il conteste l'utilité même de la loi dans notre département; d'autre part, il critique l'origine et l'emploi du crédit qui y est alloué.

Avant de les examiner en détail, disons de suite qu'aucun de ces arguments ne semblait de force à prévaloir contre les raisons d'ordre supérieur qui ont entraîné le Parlement à voter cette loi de conservation sociale.

L'honorable rapporteur ne va pas du reste jusqu'à nier l'importance de la loi au point de vue général. Cela semblerait vraiment bien difficile en présence de l'adhésion unanime de la presse, à quelque nuance qu'elle appartienne.

On peut dire de cette loi qu'elle était mûre quand elle vit le jour et que notre confrère M. le Dr Roussel fût le parrain d'un enfant bien à terme.

Il serait donc oiseux de redire ici les raisons d'être de la Loi Roussel, raisons mille fois répétées; nous n'en rappellerons qu'une qui les résume toutes : l'intérêt primordial qu'il y a pour le pays à combattre la dépopulation qui le menace.

Les résultats acquis sont indiscutables. Les statistiques prouvent jusqu'à l'évidence que, malgré les imperfections de fonctionnement inséparables des débuts, la loi a déjà diminué la mortalité des nouveau-nés. En raison même du rôle qui a été dévolu aux médecins dans son application, nous sommes les mieux placés pour en juger les effets. Or nous pouvons affirmer que chaque jour elle s'acclimate davantage et que parents et nourrices sont de plus en plus disposés à faciliter notre tâche et à la rendre efficace.

Aussi sommes-nous surpris de trouver un confrère parmi ses adversaires au Conseil général.

L'argument capital de M. le rapporteur est le suivant :

La loi, utile dans les grands centres industriels, ne l'est plus dans les pays agricoles comme le nôtre.

Certains d'entre nous ne savent que par ouï-dire ce qui se passe dans les grands centres industriels, mais nous savons par nos yeux ce qui se passe chez nous.

Eh bien, chez nous, nous voyons tous les jours des parents occupés aux travaux agricoles ou émigrés vers la ville, depuis la perte des vignobles, se croire parfaitement quittes envers leurs enfants quand ils ont payé, plus ou moins régulièrement, le mois de nourrice.

Nous en voyons même parfois défendre formellement aux nourrices d'appeler le médecin à moins que l'enfant ne soit très malade; de les prévenir dans tous les cas d'abord, avant la visite du médecin, sous peine de les laisser responsables de la visite.

Menace vraiment bien illusoire, mais qui n'en rend pas moins la nourrice peu disposée à appeler le médecin en temps utile et qui nous met trop souvent en face de pauvres petits moribonds.

Voilà ce qui se passe quelquefois dans notre pays agricole et si notre confrère a été assez heureux pour ne jamais être témoin de pareils faits, nous pouvons affirmer qu'un jour ou l'autre il les verra.

Quant à l'argument tiré de l'exemple du département de la Charente, l'honorable rapporteur voudra

bien nous permettre de lui dire qu'il ne prouve absolument rien.

On sait, du reste, que la majorité de ce conseil général est systématiquement hostile à tout progrès républicain et ce n'est pas là un bon exemple à offrir à la majorité républicaine du Conseil général de notre département.

Dans ses critiques de détail, M. le rapporteur dit :

1° *Le crédit sert à payer beaucoup d'imprimés.*

Pourquoi en faire autant, répondrons-nous ? Que M. le rapporteur s'élève contre le traditionnel amour de la paperasserie qui nous rend légendaires, nous serons des premiers à reconnaître comme lui que la loi peut avoir son effet protecteur avec moins d'écritures et d'imprimés; mais qu'il veuille se faire une arme contre la loi de cette critique de détail, nous avouons ne pas être avec lui.

2° *Le crédit paye les certificats délivrés aux nourrices.*

Pourquoi ne pas les laisser à la charge des nourrices ? N'est-il pas normal et d'usage courant que toute personne qui bénéficie d'un certificat, le paye ?

3° *Enfin notre confrère affirme que le crédit ne sert à payer la visite faite par le médecin inspecteur que dans des circonstances très rares.*

A cela nous répondrons.

Les médecins inspecteurs ont à faire six visites annuelles réglementaires. Ce nombre de visites peut paraître suffisant pour tenir les nourrices en haleine et stimuler leur zèle.

Pour les visites supplémentaires faites sur la réquisition des maires, visites non rétribuées, nous croyons qu'il serait difficile à M. le Dr Larquier de citer un seul membre du corps médical qui s'y soit refusé.

Quant à l'origine du crédit relatif à la loi, le rapporteur voudrait *voir laisser à la charge des communes la part attribuée aux Secrétaires de mairie et aux gardes-champêtres.*

Ce sont encore là de bien minces critiques de détail auxquelles nous répondrons d'une manière générale que la loi Roussel est d'un intérêt national au moins égal sinon supérieur à celui de la plupart des grands services publics qui sont alimentés et par le budget de l'Etat et par celui des départements, sans que personne jusqu'ici n'ait songé à mettre ces services aux frais des communes.

Pour les visites nous estimons que le soin de faire visiter les enfants appartient aux familles, dit plus loin le rapporteur.

Mais les familles vous répondront avec raison : *Nous ferons soigner nos enfants quand ils seront malades.* La loi ne peut leur demander davantage. Aussi, ce ne sont point les soins de maladie que la loi a mis à la charge de l'Etat, mais bien la surveillance nécessaire pour que les enfants malades ne soient pas laissés sans soins.

Dans le cas où un enfant serait presque abandonné, dit encore le rapporteur, le maire trouverait bien les fonds nécessaires pour envoyer un médecin le visiter.

Pour émettre cette opinion, on peut se demander dans quel pays de l'âge d'or notre confrère exerce sa profession !

Pour nous, nous avons bien vu des maires, et la loi du reste les y oblige, nous requérir pour soigner un inconnu trouvé malade sur la voie publique, et parfois même nous payer pour cela ; nous requérir encore pour constater le décès d'un inconnu trouvé sur le territoire de la commune ; nous n'en avions jamais vu, avant la loi Roussel, nous requérir pour donner des soins à un enfant malade chez sa nourrice.

Après cet examen des raisons qui devant le Conseil général ont prévalu contre la loi, qu'il nous soit permis d'ajouter quelques réflexions.

L'objectif de tous les vrais patriotes est le relèvement matériel et moral de notre pays.

Un ensemble de lois tendant vers ce but unique a été voté depuis 15 ans.

Parmi elles, la loi de réorganisation de l'armée pour la sécurité du présent, et pour l'avenir, deux lois de sauvegarde :

Celle de l'instruction publique gratuite et obligatoire.

Celle de la protection de l'enfance.

Ces deux lois sont connexes et le législateur qui a voulu bâtir les écoles qui couvrent notre territoire devait songer à protéger la vie des enfants qu'il veut y envoyer plus tard.

Sans vouloir examiner ici, au point de vue de l'harmonie des pouvoirs publics, s'il est bien dans les attributions d'un conseil général de s'opposer par un refus de crédit à l'application d'une loi d'Etat, qu'il nous soit permis d'espérer que le conseil reviendra dans un avenir prochain sur la décision qui le met en opposition avec les Chambres.

Le faible surtout a droit à la protection de la loi : pourquoi exclure de son droit à cette protection l'enfant, ce faible par excellence ?

Si notre conseil départemental a reconnu l'impérieuse nécessité des économies, il pourra, nous l'espérons, trouver ailleurs cette mince économie de 4,000 fr.

Veuillez agréer, Monsieur le Président, l'expression de nos sentiments les plus distingués,

Pour le Syndicat de l'arrondissement de La Rochelle, 18 membres.

Le Président : Docteur BRARD. *Le Rapporteur* : Docteur ROUX.

Pour le Syndicat de Saint-Jean-d'Angély, 18 membres.

Le Président : Dr NORMAND-DUFIÉ. *Le Secrétaire* : Dr BAUDRY-LACANTINERIE.

Pour le Syndicat de la région de la Seudre 20 membres.

Le Président : Dr VERGER. *Le Secrétaire* : Dr PAPILLAUD.

Pour la Société de Médecine de Rochefort (affiliée à l'Union générale), 60 membres.

Le Président : Dr BARBRAU. *Le Secrétaire* : Dr PAILLÉ.

Dr GILBERT, conseiller général.
Dr TOUTANT, conseiller général.
Dr CHEVALLIER, conseiller général.
Dr MARCHAND, conseiller général.
Dr COMBES, conseiller général, sénateur.

Nous voulons ajouter quelques réflexions à la pétition de nos confrères du Syndicat.

Il a été établi, par des preuves irréfutables, que, dans le *Calvados* où chaque année plus de 3,000 enfants sont placés en nourrice, avec 28.000 fr. consacrés à la *loi de protection*, le *Conseil général* arrache chaque année 280 enfants à une mort certaine. *Cela fait juste* 100 *fr. pour empêcher un enfant de mourir.*

Si les Conseils généraux connaissaient ces résultats, en trouverait-on un seul qui fût sourd à l'éloquence de ces chiffres !

Dans la Gironde, avant l'application de la loi, le tribut que payait chaque année, à la mort, la première enfance était de 30 %. La loi fut appliquée par le Conseil général, en 1880.

En 1881 la moyenne des décès tomba à 10.66
En 1883........................ à 9.10
En 1885........................ à 7.49
En 1886........................ à 6.26

Ce qui est merveilleux, c'est que *partout* où la loi est *appliquée*, cette décroissance est constante.

En 1885, dans les Bouches-du-Rhône, la mortalité des enfants assistés se chiffrait par 71 %. La loi Roussel, dans ce département, donnera les mêmes effets de préservation, parce qu'elle va être mise en vigueur par un inspecteur digne de cette haute tâche.

Dans la Charente-Inférieure, c'est un médecin qui est hostile au crédit.

Le titre du rapporteur est de nature à influencer les conseillers généraux ; un médecin déclare la dépense peu utile ; ils peuvent, dès ce moment, se laver les mains des conséquences d'une mesure funeste.

Messieurs les Conseillers,

Ce serait vous faire injure que d'insister sur la valeur argent de la vie humaine ; même sur sa valeur au point de vue de la puissance défensive de notre pays, menacé pourtant de bien des périls.

Nous n'avons qu'une considération à faire valoir : c'est que vous avez, entre vos mains, droit de vie et de mort sur des êtres sans défense, sans appui, sans autre protection que la vôtre. Ne comptons pas sur leurs familles : elles sont éloignées, quelquefois indifférentes. C'est à vous que la loi a imposé le devoir de protéger les enfants. Vous ne pouvez vous y soustraire.

En refusant les fonds du *Service de la protection,* vous assumeriez une terrible responsabilité, vous seriez les meurtriers conscients de quelques-uns des enfants qui succomberont dans l'année ; non, jamais vous ne voudrez prendre une si grave mesure. N'écoutez pas votre rapporteur ; il est dans l'erreur ; il est mal informé ; il reviendra, comme vous, de son appréciation ; il se rangera à l'avis des nombreux médecins de la Charente signataires de la pétition ; vous n'en rencontrerez pas un seul qui partage l'opinion de votre rapporteur. Le crédit qu'on vous demande, pour appliquer la loi, est insuffisant ; vous l'augmenterez dans un prochain avenir lorsqu'on vous aura prouvé que la dépense qu'on vous demande empêche des enfants, que dis-je, un seul enfant de mourir et quelle que soit votre nuance politique, votre mandat ne vous aura jamais fourni une meilleure occasion de faire acte d'humanité et de patriotisme. Vous saurez bien trouver, dans l'entretien de vos chemins, dans les primes aux poulinières, au besoin dans une surimposition, l'économie nécessaire au maintien d'un crédit qu'il ne vous est plus permis de rayer, sans cruauté, du budget du département.

Nous espérons bien convaincre votre rapporteur et vous convaincre vous-même, Messieurs, et, à la fin de l'exercice prochain, proclamer les résultats de votre bienfaisante administration.

Le Directeur,
A. Cézilly.

CHIRURGIE PRATIQUE

Diagnostic et traitement des tumeurs de la vessie.

(*Suite.*)

Etant connue l'observation précédente, nous pouvons maintenant passer en revue l'étude clinique des néoplasmes vésicaux en général.

A. *Signes fonctionnels des tumeurs vésicales.* — Il en est trois groupes qui, par leur association ou leurs caractères propres sont de la plus haute importance pour le diagnostic.

Les *hématuries* sont ordinairement le premier signe de néoplasme vésical et des faits nombreux montrent que ce symptôme ne coïncide pas avec les premières apparitions du mal; il est déjà nettement caractérisé quand il se produit. L'hématurie des néoplasmes vésicaux a des caractères spéciaux, elle paraît sans cause appréciable, et disparaît de même. Quelquefois un cathétérisme très doux provoque un abondant écoulement de sang. En général, *elle dure longtemps et se reproduit souvent*; rien ne peut la modifier, ni le repos, ni le décubitus dorsal, ni l'emploi des médicaments dits hémostatiques. Le sang est mélangé à l'urine tout le temps de la miction et souvent on voit des urines très claires au lendemain d'une abondante hémorrhagie. A côté de l'hématurie, il est un signe intéressant, mais très inconstant sur lequel ont insisté Stein et Kuster et qu'ils ont qualifié de *fibrinurie*. Les urines, très fluides d'habitude, d'une coloration rouge jaunâtre sont spontanément coagulables par le refroidissement; ce phénomène est dû à une sorte d'exsudation plastique qui se produit à la surface des tumeurs et qui provient du sang qui s'en échappe. Il est toujours intéressant de rechercher ce signe.

La *douleur* n'est un phénomène ni constant, ni précoce. Quelquefois elle apparaît en même temps que les hématuries, d'autres fois elle se montre beaucoup plus tard ; il est des malades qui succombent sans jamais avoir notablement souffert. Dans quelques cas on signale sa précocité et son intensité, et il semble que ce soit plus spécialement l'apanage des cancers.

En général, elle indique l'apparition d'un certain degré de cystite ou bien elle est due à l'implantation du néoplasme près du col vésical. Enfin, elle peut tenir à certaines complications telles que les poussées de congestion vésicale, les accès de rétention d'urine.

Un certain nombre de malades, et on en voit un exemple dans notre observation, accusent des douleurs irradiées très violentes dans les membres inférieurs surtout sur le trajet des sciatiques et des cruraux, elles semblent s'observer surtout dans les cas de tumeurs malignes.

Les *troubles de la miction* ne sont, eux aussi, ni habituels, ni fréquents. Ils tiennent à des circonstances spéciales qui accompagnent l'évolution d'une tumeur donnée. Quand la tumeur est assez voisine du col vésical, la dysurie qu'elle détermine, en s'opposant mécaniquement à l'évacuation de la vessie, les cathétérismes qu'elle nécessite sont autant de causes qui amènent la cystite dans ce premier cas. Les néoplasmes malins à la période d'ulcération sont une cause d'irritation pour la vessie dans laquelle ils versent un ichor irritant et fétide. Les hémorrhagies ne sont pas une cause de cystite, à moins que des caillots n'obstruent le cours de l'urine. La *rétention d'urine* peut s'observer soit passagère à la suite de phénomènes de congestion vésicale, soit plus tenace et même permanente quand un néoplasme vient mécaniquement obstruer le col vésical ; tel a été le cas chez notre malade. Au moment de l'opération, nous pûmes constater que la portion marginale de la tumeur obstruait l'orifice du col vésical.

Dans un certain nombre de cas, les malades rendent par le canal, quelquefois après un accès de rétention passagère, un ou plusieurs fragments de tumeur ; c'est une ressource précieuse pour le médecin qui sait manier le microscope; dans notre cas ce phénomène s'est produit et notre confrère et ami le Dr Petit put constater la nature du tissu et reconnaître le carcinome. Cependant, il ne faut pas attacher à cette donnée une trop grande importance, car il existe nombre de cas où la partie superficielle, villeuse, des tumeurs vésicales donne un tissu en apparence bénin, tandis que la base présente des caractères de malignité incontestables.

Pour résumer l'étude de ces différents symptômes

fonctionnels nous pouvons dire que les hématuries sont le premier et souvent très longtemps l'unique symptôme. Elles peuvent durer jusqu'à 18 mois et 2 ans avant qu'il se présente d'autres phénomènes. Généralement, quand les malades sont abandonnés à eux-mêmes, elles amènent bientôt un état très grave d'anémie hémorrhagique avec lequel se confond bientôt la cachexie cancéreuse dans les cas de tumeurs malignes.

La cystite, l'évacuation incomplète de l'urine, l'altération septique du contenu vésical ne tardent pas non plus à produire des *altérations ascendantes* du rein ; les uretères peuvent se dilater et sous l'influence de cette néphrite spéciale on voit s'accuser une polyuric parfois considérable. C'est ainsi qu'on pouvait évaluer à près de trois litres environ la quantité d'urine émise chaque jour par notre malade dans le temps qui a précédé l'opération; et, aussitôt après, nous avons vu cette quantité anormale diminuer très sensiblement.

Il est un fait remarquable dans l'histoire des néoplasmes vésicaux les plus malins : c'est la grande rareté des altérations ganglionnaires et de la généralisation ; la paroi vésicale semble opposer une barrière longtemps efficace à l'extension de ces tumeurs et la plupart des malades succombent avant qu'aucun signe puisse accuser la dissémination du néoplasme et sans que l'examen microscopique puisse l'établir. C'est là une circonstance qui doit encourager le chirurgien à l'intervention, même dans les cas de tumeurs malignes.

La connaissance des signes fonctionnels que nous avons étudiés, leurs corrélations, sont suffisantes pour affirmer le *diagnostic de néoplasme vésical* ; cependant, il est utile de l'approfondir encore. Des hématurices abondantes, persistantes, revenant fréquemment et sans cause provocatrice sont surtout un signe pathognomonique de l'existence d'un néoplasme (Guyon) (1) ; mais où est le néoplasme ? Est-il dans le rein, est-il dans la vessie ?

Le *rein* atteint de néoplasme est douloureux, toujours augmenté de volume ; on y perçoit en outre un signe très important, le ballottement, car en se tuméfiant il devient toujours mobilisable ; on observe de plus un varicocèle du même côté survenu depuis peu ; enfin, les urines renferment quelquefois des caillots cylindriques allongés tout à fait pathognomoniques ; l'émission de ces caillots s'accompagne en général des douleurs caractéristiques de la colique néphrétique.

Quand on a reconnu que l'hématurie doit provenir de la vessie, il faut savoir si l'on a affaire à un néoplasme, à une cystite chronique hémorrhagique ou à d'autres lésions (hypertrophie prostatique, tuberculose, pierre) qui peuvent donner lieu à des écoulements de sang. Dans *la cystite chronique hémorrhagique* l'hémorrhagie ne survient pas par accès violents, les douleurs et le trouble des urines les ont précédés et jamais elles ne sont normales dans leurs intervalles ; elles sont peu prolongées et rarement sans douleurs.

L'hématurie et les douleurs sont habituellemement simultanées dans la tuberculose vésicale et les calculs ; mais dans la *tuberculose*, l'hémorrhagie va toujours en s'atténuant, et elle s'accompagne rapidement des phénomènes douloureux de la cystite tuberculeuse. La recherche des bacilles tuberculeux dans l'urine a une très haute importance, leur présence est pathognomonique.

(1) Congrès des Chirurgiens Français, 1886.

Chez les *calculeux*, tous savent que la voiture, la marche, la station verticale augmentent l'hématurie, tandis que l'hémorrhagie des néoplasmes n'est modifiée par aucune de ces conditions de locomotives.

Une fois que tous ces raisonnements vous ont amené à admettre l'existence du néoplasme, il est nécessaire de pratiquer l'examen physique du malade. Plusieurs manœuvres ont été conseillées dans ce but ; nous allons rapidement les passer en revue.

a Le *toucher rectal combiné au palper abdominal* doit se faire la vessie vide, le malade étant couché bien horizontalement sur le dos. On peut alors constater en cas de tumeur la résistance de la vessie du côté du bas-fond ou vers l'hypogastre, son épaisseur, sa dureté sous forme d'une coque rigide quand la tumeur a infiltré une notable étendue de la paroi (tumeurs infiltrées) ou au contraire une région présentant un relief plus ou moins appréciable (tumeur pédiculée). Il ne faut pas oublier que certains sujets peuvent mal se prêter à cette exploration et que, dans ce cas, il est utile de les soumettre à la narcose chloroformique qui permet d'atténuer toute résistance et de déprimer facilement la région hypogastrique.

Dans le plus grand nombre des cas, la constatation et une bonne appréciation des signes fonctionnels, l'examen de la vessie par la palpation hypogastrique, et par le toucher rectal ou vaginal, suivant le sexe, permettent de faire le diagnostic exact des *tumeurs vésicales* et de prendre une détermination thérapeutique.

Si les signes fonctionnels existent sans tumeur appréciable, tant mieux pour le malade, c'est que le néoplasme est petit et limité.

Nous remettons à un article ultérieur la fin de cette étude pour bien montrer que les autres procédés de diagnostic qui nous restent à étudier, cathétérisme, éclairage vésical, toucher intra-vésical ne sont pas indispensables.

Dr Barette.

(*A suivre.*)

CORRESPONDANCE

Réclamation au sujet de « l'Union Médicale ».

A propos de la liste des Médecins de *l'Union Médicale*, publiée dans notre numéro du 21 juillet dernier, M. le Docteur Châtelain, membre du Concours, nous écrit qu'il ignore pourquoi son nom y figure n'ayant adressé aucune demande ; et il s'empresse de réclamer auprès de cette Société.

RENSEIGNEMENTS THÉRAPEUTIQUES

Le savon chirurgical.

de M. Aug. Reverdin (de Genève).

On a peu parlé du savon qui a pourtant une importance capitale dans la chirurgie moderne. M. Reverdin pense que le choix de ce précieux auxiliaire de la toilette antiseptique doit appartenir exclusivement au chirurgien. Kummel (de Hambourg) préconise le *savon noir* (à base de potasse et fait avec des huiles inférieures). Le Dr Bottini

(de Milan) emploie un savon au sulfophénate de zinc, qui a paru à M. Reverdin très recommandable. Lui-même a modifié la constitution de ce savon et voici la formule à laquelle il a recours :

Huile d'amandes douces	72
Lessive de soude	24
Lessive de potasse	12
Sulfophénate de zinc	2
Essence de roses	9,5

Ce savon est très doux, nettoie à merveille et aurait un notable pouvoir désinfectant (*Rev. méd. de la Suisse Rom.*)

PENSÉES ET MAXIMES

Système et scepticisme, deux écueils dangereux de la pratique ; le second moins que le premier peut-être.

—

La correction pour le médecin est une certaine tenue qui le garde également de la morgue et d'une trop grande familiarité.

—

Il est certains « mercis » qui nous paient autant que de gros honoraires.

—

Une consultation est parfois une duperie en partie double : pour le praticien qui se trouve évincé et pour le malade échangeant un médecin qu'il croit borgne contre un aveugle.

—

Il n'est pas indispensable de s'intéresser à ses malades, mais il faut en avoir l'air.

—

Le médecin qui veut tirer un profit scientifique de l'exercice de sa profession doit penser beaucoup à ses malades ; pour celui qui ne vise que le profit pécuniaire, il suffit de cultiver sa clientèle.

—

Ne vous livrez jamais entièrement ; sur cent clients qui vous écoutent, quatre-vingt-dix-neuf ne vous comprendraient pas.

—

Contradiction curieuse : le public qui court aux spécialistes n'admet pas qu'un médecin ne soit pas universel ; c'est pour lui une déchéance souvent définitive que de se récuser dans un cas difficile.

—

Tous les titres scientifiques ne valent pas, pour un praticien, une certaine habileté à se faire valoir.

—

Il est plus difficile de conserver une clientèle que de la faire.

—

Le public, en médecine, comme en toutes choses, court aux hâbleurs et se détourne des modestes.

—

Beaucoup de malades guérissent sans nous ou malgré nous ; le comble de l'art est de nous faire attribuer tout l'honneur de leur cure.

—

Science et succès ne vont pas nécessairement de pair ; il y faut l'appoint de la chance.

—

Patience et aménité, deux vertus cardinales de la profession.

—

Le public est friand de nouveautés tout en redoutant les innovations ; l'habileté consiste à savoir allier les apparences de la routine à la pratique des médications nouvelles.

—

Louis XIV se plaignait un jour d'avoir failli attendre ; certains clients n'ont même pas cette orgueilleuse condescendance et font tout simplement appeler un confrère voisin.

—

Un médecin gagne quelquefois davantage à refuser des honoraires qu'à s'en faire donner.

NOUVELLES

Conseils académiques. — Par suite d'élections et de nominations, ont été nommés dans les divers conseils académiques ci-après désignés. — *Paris* : MM. Brouardel, Henrot, Luton, Jaccoud, Milne-Edwards, Planchon ; — *Aix* : MM. Chapplain, Gourret et Livon ; — *Besançon* : MM. Bruchon et Saillard ; — *Bordeaux* : MM. Moussous, Perrens et Pitres ; — *Caen* : MM. Bourienne, Duménil et Pennetier ; — *Clermont-Ferrand* : MM. Gagnon et Ledru ; — *Dijon* : MM. Gautrelet et Maillard ; — *Douai* : MM. Lenoël, Mollien, Paquet et Wannebrouck ; — *Grenoble* : MM. Allard et Berger ; — *Lyon* : MM. Gailleton et Lortet ; — *Montpellier* : MM. Bertin-Sans, Castan, Diacon et Soubeiran ; — *Nancy* : MM. Bleicher, Coze et Tourdes ; — *Poitiers* : MM. Chédevergne, Danner, Raymondaud et Robert ; — *Rennes* : MM. Delacour, Laennec, Lefeuvre et Meleux ; — *Toulouse* : MM. Basset et Caubet.

Exercice illégal de la médecine et de la pharmacie. — Une curieuse affaire vient de se dérouler devant le tribunal de Saint-Gaudens (Haute-Garonne). M. H. B..., officier de santé à S.-P., adresse une plainte au parquet contre M. E. V., pharmacien dans la même commune, pour exercice illégal de la médecine ; ce dernier répond en dénonçant le médecin comme faisant illégalement de la pharmacie. Les deux plaignants, reconnaissant mutuellement leurs torts, le tribunal les condamne à 35 francs d'amende chacun. (*Echo.*)

—Ont été nommés médecins du bureau central des hôpitaux de Paris à la suite du dernier concours : MM. Marie, Netter et Gilbert.

Clinique des Quinze-Vingts.

A la suite du décès du Dr Fieuzal, M. Monod, directeur de l'assistance publique au Ministère de l'Intérieur, a proposé les modifications suivantes, dans le fonctionnement de la clinique ophthalmologique des Quinze-Vingts, modifications approuvées par le Ministre :

A l'avenir la clinique est dédoublée et comprend deux médecins titulaires les Drs Abadie et Trousseau deux suppléants les Drs Vallude et Chevallereau ; chacun de ces médecins aura trois jours de consultations par semaine et trois jours de séance opératoire.

Les médecins et suppléants ne pourront plus avoir de clinique ophthalmologique personnelle.

Il a été décidé, en outre, que les malades devront produire, non seulement un certificat d'indigence, mais encore une attestation délivrée par le percepteur de leur localité, et constatant qu'ils n'ont pas les moyens de se faire soigner à leurs frais.

BIBLIOGRAPHIE

Nous recommandons la lecture d'une brochure du Dr Lecuyer, secrétaire du Syndicat de l'Aisne et Vesle, sur l'assistance publique dans les campagnes. Nos lecteurs trouveront de nombreux et intéressants documents sur la matière. — Matot-Braine, éditeur, rue Saint-Pierre (Reims).

Où doit-on envoyer les scrofuleux pendant la mauvaise saison ? par Cazenave de la Roche, docteur en médecine de la Faculté de Paris, consultant à Saint-Raphaël (Var).

Le Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André, 3

Dixième année | N° 34 | 25 Août 1888

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE

Le tétanos expérimental.

La question de la pathogénie du tétanos si obscure, il y a quelques années, semble s'avancer rapidement vers une solution conforme à la doctrine microbienne. Après les expériences de Nicolaïer et de Beumer, celles que M. *Rietsch* (de Marseille) vient de communiquer à l'Académie des sciences sont de nature à faire admettre que l'agent pathogène est bien souvent répandu à la surfaec du sol, dans la terre et dans les poussières.

M. Rietsch a pris de la poussière de foin provenant de la dessiccation de l'herbe coupée dans le square de l'Hôtel-Dieu de Marseille et l'a inoeulée sous la peau de quatre cobayes. Ceux-ci sont morts de tétanos les quatrième et cinquième jours. Un peu de pus pris sur eux au point d'inoculation a servi à inoculer deux autres cobayes qui sont morts de tétanos au bout de trente heures. Une très faible quantité de pus, pris sur ces derniers, a été inoculé à deux autres cobayes ; un de ceux-là seulement a présenté des symptômes tétaniques, mais n'a pas succombé.

Avec le pus d'un des cobayes morts, M. Rietsch a ensemencé de la gélatine et du sérum ; il n'y a pas eu de culture sur gélatine, mais sur le sérum se sont développées des cultures de bacilles qui ont servi à inoeuler sous la peau de la cuisse droite un âne âgé d'une dizaine d'années. Au bout de 22 jours, cet animal, atteint d'accidents tétaniques parfaitement earactérisés, a succombé et a servi à inoculer huit lapins dont quatre sont morts du tétanos ; sur quatre autres, deux sont morts de septicémie, deux sont restés bien portants. M. Rietsch conclut que le tétanos expérimental des équidés ne diffère en rien du tétanos spontané.

Traitement de la pneumonie par la digitale à hautes doses.

M. *Petresco* (de Bucharest) a traité depuis quelques années un très grand nombre de pneumonies par cette méthode, et pense qu'on peut juguler cette maladie en commençant le traitement dès le début.

La dose thérapeutique pour l'adulte est de 4 à 8 grammes de feuilles de digitale en infusion. Chez les enfants de huit à dix ans, M. Petresco donne encore 1 à 2 grammes.

Sous l'influence de ces doses élevées, on observe des ralentissements considérables du cœur ; le pouls peut tomber de 20 à 30 pulsations. Mais il ne faut pas, dit l'auteur, s'en émouvoir ; la guérison est au bout de ce traitement.

Action hémostatique de la bryone.

D'après le même médecin, la bryona alba jouit d'une action antihémorrhagique précieuse.

Pour combattre n'importe quelle hémorrhagie d'ordre médical, il faut prescrire 25 à 30 grammes de racine de bryone, faire bouillir dans 300 grammes d'eau jusqu'à réduction à 150 gr. et édulcorer. Le malade prend cette potion en trois ou quatre fois, à intervalles d'une demi-heure.

L'extrait alcoolique de la plante et son glucoside, appelé bréine en Roumanie, ont été employés aussi avec succès.

Isolement des tout jeunes enfants dès le début de la rougeole.

La rougeole est en progression croissante à Paris, dit M. A. Ollivier, et la mortalité par cette maladie frappe surtout la première enfance. Comme il est bien démontré aujourd'hui que la rougeole est surtout contagieuse au début de la période d'invasion qui dure de 4 à 5 jours, il est certain que, si les enfants étaient dès le premier jour tenus écartés de

la crèche ou de la salle d'asile, au lieu de l'être le cinquième seulement, c'est-à-dire quand l'éruption se montre, les chances de propagation diminueraient dans la proportion de 1 à 4.

Comme chaque enfant contaminé peut créer à son tour un foyer dans sa famille ou dans son voisinage, cette diminution dans la contagion des salles d'asile ou crèches entraînerait une diminution de la morbidité générale par rougeole.

Il est donc nécessaire d'interdire la crèche ou l'asile aux enfants dès l'apparition d'un catarrhe oculo-nasal avec fièvre ; si, au bout de 4 à 5 jours, il n'y a pas eu d'éruption, on en sera quitte pour admettre de nouveau les enfants, mais on aura bien souvent, en agissant ainsi, évité de contagionner beaucoup d'autres enfants.

Anévrysmes de l'aorte et tuberculose ; traitement des anévrysmes par l'iodure de potassium et l'antipyrine.

M. *G. Sée* attire l'attention sur la coïncidence relativement fréquente des anévrysmes de l'aorte et de la phthisie pulmonaire. L'antagonisme admis jadis par l'Ecole de Vienne entre les maladies du cœur et les lésions tuberculeuses du poumon ne peut plus être soutenu. Le sang veineux ou cyanique est parfaitement compatible avec le développement de la phthisie. M. C. Paul a montré depuis longtemps la fréquence de la phthisie chez les individus atteints de rétrécissement de l'artère pulmonaire. M. Sée a vu souvent des lésions orificielles de l'aorte marcher de pair avec la phthisie. Sur 24 malades atteints d'anévrysmes, M. Sée en a trouvé 7 qui présentaient ou présentent encore des signes manifestes de tuberculose, notamment des crachats bacillaires. Ces malades ont été considérés comme bronchitiques, ou catarrheux, asthmatiques ou laryngés ; chez tous, on a méconnu la tuberculose qui évoluait lentement, et pour ainsi dire sous les ordres de l'anévrysme.

Cette bacillose s'explique peut-être par les troubles circulatoires que l'anévrysme apporte dans le poumon ; il s'y fait une stase veineuse et le sang mal oxygéné est favorable à la multiplication des bacilles. Le bacille pénètre peut-être dans le poumon par effraction à travers les parois de l'aorte, par l'intermédiaire d'une endocardite végétante, toutes les endocardites végétantes ou ulcéreuses étant causées par des microbes d'après les travaux contemporains.

M. G. Sée considère que le traitement fondamental des anévrysmes consiste dans la combinaison des iodures avec l'antipyrine. Chez 17 anévrysmatiques non tuberculeux, dont 12 n'ont jamais été perdus de vue, M. Sée a constaté, sous l'influence des iodures une réduction marquée de la tumeur et surtout la disparition complète, et souvent rapide des phénomènes qui tourmentent les malades ou compromettent leur vie : oppressions permanentes et paroxystiques ; dyspnée laryngée avec sifflement, cornage, aphonie par compression du récurrent; névralgies par compression du plexus cervico-brachial, dysphagie et sensation d'angor pectoris par compression des nerfs de la crosse aortique.

Les effets de l'iodure de potassium dérivent des propriétés suivantes que M. Sée lui accorde :

1° C'est un *antidyspnéique sécrétoire* parce qu'il fluidifie et tarit la sécrétion bronchique.

2° C'est un *hyperhémiant* manifeste ; il augmente toutes les circulations locales, mais s'accumule surtout dans le poumon ; c'est un *médicament pulmonaire,* activant aussi la circulation dans le bulbe, au niveau du centre respiratoire ou nœud vital (bien qu'on lui conteste aujourd'hui ce monopole), l'iodure combat ainsi la dyspnée.

3° Enfin l'iodure de potassium a une action *réductrice rétractante* ; il fait rétracter tous les tissus connectifs, par conséquent celui qui entoure l'anévrysme, et par suite fait cesser les désordres causés par la compression des nerfs voisins.

M. Sée n'accepte pas que l'iodure de sodium, qu'il appelle un *médicament théorique*, soit préférable à l'iodure de potassium ; les accidents d'intoxication sur le cœur et les fibres musculaires attri-

FEUILLETON

Ce que devient la médecine.

(Suite.)

Chaque ville possède des sociétés de bienfaisance et de secours mutuels qui mettent les soins médicaux et pharmaceutiques à la portée des moins riches. Chaque ville est encore pourvue d'asiles de charité, d'hospices, de maison de retraite où les indigents malades sont admis et traités convenablement. Par contre, en fait d'assistance médicale, la campagne n'a souvent pas le nécessaire.

Le malaise y est même sous ce rapport assez vivement accusé pour que le Parlement et les Conseils généraux s'en soient occupés.

Mais la question est bien difficile à résoudre.

L'Empire a essayé d'organiser un service de santé en créant des médecins cantonaux. Cette institution, justifiée en principe, n'a pas donné jusqu'ici des résultats bien satisfaisants.

N'y a t-il plus rien à tenter après ? Et le gâchis dans lequel la médecine s'exerce doit-il exister indéfiniment ?

Nos intérêts sont en jeu. Ceux qui auraient une idée à produire, doivent la mettre au jour ; et le rôle des sociétés de médecine, des corps administratifs et des journaux surtout sera de se saisir de cette idée, de la discuter et d'en tirer parti, si elle est bonne.

Pour moi, j'essaierai, dans une prochaine causerie, de dire aux lecteurs du *Concours Médical* comment je rêve de voir la Médecine organisée dans les campagnes. En attendant, je me contenterai, pour aujourd'hui, d'examiner comment la confusion des clientèles y amène un malaise énorme dans l'exercice de notre profession.

* * *

Les médecins semblent, dit-on, se souvenir peu de la clientèle des villages ; tandis qu'ils se disputent celle des villes. Et l'on s'accorde à se plaindre de ce que, en fait de secours et d'assistance aux malades, beaucoup de localités champêtres n'ont pas le nécessaire.

Le malaise ne tient certes pas à la rareté des médecins, au moins dans nos pays. Il y a assez de médecins en Franche-Comté ; j'oserai même dire qu'il y en a en surabondance, seulement il faudrait ne pas gaspiller leur activité.....

Et on la gaspille positivement.

Y a-t-il dans un hameau quelconque, sur un

bués aux sels de potasse ne peuvent pas, suivant lui, être reprochés à l'iodure de potassium qui ne devient toxique qu'à forte dose, au-delà de 15 grammes par jour, et alors par l'iode, non par le potassium.

Enfin, M. Sée conseille de combattre par l'antipyrine tous les phénomènes douloureux qui surviennent chez les anévrysmatiques, notamment les sensations d'angoisse pseudo-angineuse ; en outre, l'antipyrine, en calmant l'impulsion exagérée du cœur, favorise la coagulation du sang dans le sac anévrysmal.

M. *Dujardin-Beaumetz* préfère à l'antipyrine, comme calmant des douleurs, la phénacétine qui n'est pas toxique, qu'on peut faire prendre pendant des mois sans inconvénient, dont les effets analgésiques se produisent à doses moitié moins fortes que celtes de l'antipyrine. La phénacétine a sur l'acétanilide l'avantage de ne pas provoquer de cyanose, et sur l'antipyrine celui de ne pas déterminer d'éruption. Elle n'a que l'inconvénient d'être peu soluble ; on est quitte pour l'administrer en cachets à la dose de 1 gr. 50 par jour en trois fois.

MÉDECINE PRATIQUE

Glycosurie, peptonurie et albuminurie de cause hépatique.

J'ai montré, dans un article récent, comment le fonctionnement imparfait du foie apportait quelquefois obstacle au rétablissement des malades après les maladies aiguës fébriles et quel intérêt il y a pour le médecin à explorer fréquemment et méthodiquement cet organe. L'importance de cette exploration méthodique et fréquente n'est pas moindre au cours des maladies chroniques et aussi chez certaines personnes qui, ne paraissant pas atteintes de maladies déterminées, présentent pourtant des troubles de la santé. A ce propos encore, je puis citer quelques exemples personnels qui mettront en lumière l'importance clinique de l'examen des fonctions du foie.

J'ai été consulté par un professeur d'une cinquantaine d'années pour des crises de diarrhée qui le gênaient beaucoup dans l'exercice de sa profession. Il était chargé de faire des cours dans un grand établissement d'instruction de jeunes filles et, bien qu'il fût habituellement, depuis de longues années, habitué à la constipation, il lui arrivait de temps en temps, et de plus en plus souvent depuis quelques semaines, d'être pris d'une irrésistible diarrhée, qui l'avait obligé quelquefois à suspendre sa leçon et dont le retour possible lui inspirait une perpétuelle appréhension. Ce monsieur se plaignait, en outre, d'une inaptitude au travail cérébral, diminution de la mémoire et d'une inflammation des gencives avec ébranlement des dents.

Naturellement, j'examinai aussitôt les urines et ne fus pas surpris d'y trouver la réaction de la glucose.

Mais était-ce du diabète ? Je me gardai bien d'une telle conclusion : glycosurie n'est pas diabète.

L'interrogatoire prouvait l'existence d'une dyspepsie gastro-intestinale déjà ancienne ; l'examen physique attestait une dilatation de l'estomac assez grande, mais surtout un foie d'un volume excessif, débordant de quatre travers de doigt le rebord costal.

Je fis ce qu'il faut toujours faire en pareil cas, le dosage du sucre dans l'urine prise à deux moments de la journée, d'une part en pleine digestion, et d'autre part longtemps après le travail digestif terminé. Le premier dosage donnait une proportion élevée de glycose par litre, le second seulement des traces. L'écart extrême entre ces deux analyses rendait déjà

---

point dépourvu de médecin, comme à Broye, par exemple, trois enfants atteints d'angine ?... Soyez sûr que trois médecins seront requis pour les soigner ; trois médecins qui viendront, l'un du levant, l'autre du couchant, et le troisième du *septentrion*.

Eh ! mon Dieu, oui. Liberté professionnelle !

Un suffisait. Mais les trois médecins ont été appelés isolément et capricieusement par chaque famille.

Vous me direz : ce sont des clients ! — Quelquefois. Mais le plus souvent le choix des médecins est une affaire de pur caprice.

Voilà donc un premier inconvénient à signaler dans l'état des choses actuel. C'est d'abord que le corps médical est obligé de faire un triple déplacement, c'est-à-dire de parcourir 36 ou 40 kilomètres au lieu de douze qui auraient suffi dans la circonstance supposée. Ce qui constitue pour lui une perte de temps considérable.

C'est ensuite pour les clients une dépense inutile dans une proportion à peu près égale, puisqu'ils sont tenus de payer trois déplacements pour un seul qui aurait été nécessaire.

D'où ce premier résultat du système actuel qu'il entraîne pour tout le monde une perte de temps ou d'argent.

Comme conséquence, le prix de chaque visite médicale à la campagne est forcément porté à un taux excessif. Ce prix moyen qui est en ville de 1 fr. 50 ou 2 fr. va jusqu'à 5 fr. et même à 10 fr. pour le village un peu éloigné.

Si l'on songe à ce que va coûter l'exécution de l'ordonnance chez l'apothicaire, on verra que l'entrée du médecin dans une maison est une ruine pour nos petits propriétaires de la campagne qui savent avant tout compter.

Aussi, à Broye et ailleurs, on se passe du médecin autant qu'on peut ; et on ne l'appelle que quand le malade est à toute extrémité.

Est-ce faire de la médecine, cela ?

***

La confusion des clientèles, à un autre point de vue, a cet inconvénient, qu'elle met sans nécessité les hommes de l'art aux prises et en concurrence les uns avec les autres, les juges de ce concours étant absolument incapables et insuffisants ? En effet, les trois médecins dont nous parlions toute à l'heure auront à soigner des cas qui sont en apparence identiques, mais qui en réalité peuvent être bien différents, car la galerie n'a pas la compétence voulue pour comparer raisonnablement des

vraisemblable l'influence considérable, sinon unique, de l'alimentation et de la digestion sur la glycosurie.

Le traitement consista en suppression d'aliments sucrés et féculents, régularisation des heures des repas, diminution dans la quantité totale des aliments, et antisepsie intestinale.

Quatorze jours après, je revis mon malade qui n'avait pas eu une seule garde-robe diarrhéique ; il se trouvait en meilleur état au point de vue moral et intellectuel ; sa stomatite était très améliorée, bien qu'aucun soin spécial n'eût été fait, sinon des lavages antiseptiques de la bouche après les repas et le matin. Le foie avait diminué de deux travers de doigts ; l'urine correspondant à la période digestive ne contenait plus que quelques grammes de sucre par litre, l'urine du réveil n'en contenait plus.

Je prescrivis alors le régime franchement insuffisant, composé d'un litre et quart de lait et de cinq œufs par jour, avec 0,02 de calomel, chaque matin à jeun. 20 jours après, le malade revint ; aucune trace de sucre dans ses urines même en pleine digestion, le foie rentré sous les fausses côtes. La stomatite était guérie. Naturellement il y avait eu un amaigrissement très notable, et mon malade réclamait impérieusement à manger davantage. Je le ramenai graduellement à l'alimentation mixte et normale, avec le régime de la dilatation de l'estomac et l'antisepsie intestinale de temps en temps. Depuis dix-huit mois, la glycosurie n'a pas reparu, la dyspepsie est presque guérie, la dilatation de l'estomac un peu moindre. L'outil n'est peut-être pas beaucoup meilleur, mais il fait de meilleur travail.

Un excellent et distingué confrère me fit l'honneur de me consulter, il y a quelque temps, pour un de ses clients et amis, fort inquiet d'un amaigrissement rapide dont la cause était inexpliquée. Toutes les hypothèses possibles avaient été faites, la tuberculose écartée après examen stéthoscopique minutieux. Les urines ne contenaient ni sucre ni albumine. Le malade avait été dyspeptique et on lui avait indiqué un régime alimentaire qu'il suivait exactement; cependant, il continuait à maigrir. L'examen des urines m'y fit découvrir une peptonurie très abondante qu'on n'avait pas cherchée et qui donnait la clef, je pense, de cet amaigrissement ; il existait une dilatation de l'estomac et le foie était tuméfié. J'indiquai divers moyens pour améliorer le travail digestif et restaurer les fonctions hépatiques. A une seconde visite, je constatai déjà un peu d'amélioration, la peptonurie était moins abondante, et j'espère que le mieux aura continué.

Je l'espère, car je possède deux autres cas que j'ai suivis, l'un depuis un an, l'autre depuis dix-huit mois, dans lesquels il s'agissait aussi d'amaigrissement rapide, causé par une peptonurie chez des dilatés dyspeptiques avec tuméfaction du foie. Il y avait en outre des symptômes nerveux consistant chez l'un en vertiges, chez l'autre en céphalée opiniâtre; j'ai pu suivre chez ces malades le parallélisme entre l'augmentation de volume du foie, qui se faisait par crises à intervalles réguliers et l'apparition de la peptonurie. Chaque fois le point de départ était un écart dans l'hygiène alimentaire; les symptômes de dyspepsie, ordinairement enrayés par un régime approprié, reparaissaient ; puis le foie se tuméfiait, les peptones reparaissaient dans les urines, les troubles nerveux se montraient et l'amaigrissement suivait.

Le procédé le plus commode pour rechercher la peptonurie est le suivant : addition à l'urine du réactif Tanret (iodure double de potassium et de mercure en solution dans l'acide acétique) ; quand il se forme un précipité, si c'est de la peptone, on chauffe, le précipité disparaît ; puis on plonge le tube

---

aits cliniques, ni assez d'intelligence pour se défier d'elle-même : elle se prononce au hasard des événements.

Les médecins à la campagne, comme à la ville, du reste, sont dans une situation fausse. On peut dire que leur réputation ne tient qu'à un fil. Ils n'ont à compter, pour la sauvegarder, que sur la gravité de leur caractère ; que nos jeunes confrères en soient bien convaincus.

***

Concurrence peu sérieuse et par conséquent regrettable, parce qu'elle favorise l'inconstance déjà si naturelle aux gens du peuple.

Qu'un médecin nouveau venu les flatte et les cajole ; qu'il se montre vis-à-vis d'eux empressé jusqu'à la bassesse, serviable jusqu'à l'ignominie, il n'aura pas de peine à les séduire. S'aperçoit-on facilement qu'un serviteur trop zélé transgresse les bornes de la délicatesse, voire de l'honnêteté, quand on tire profit de ces transgressions ?

Il est facile partout de se créer une clientèle ; il est plus difficile de la conserver. Ceci est la conséquence de cela.

Chaque année je vais passer quelques jours dans mon pays natal. Je demande en arrivant quel est le médecin qui vient le plus au village. On me répond que c'est à présent celui de Vitrey dont les gens disent le plus grand bien. — Mais l'année dernière, c'était celui de Melun, autant qu'il m'en souvient ? — Oui ; celui de Melun n'est pas maladroit non plus; mais on préfère encore celui de Vitrey, qui a guéri l'enfant du charron ! etc... Et c'est ainsi que chaque année une célébrité nouvelle possède la confiance du paysan de mon village...

Un médecin peut-il être fier aussi peu qu'on voudra d'une confiance aussi variable, aussi incertaine, aussi peu fondée ? Ma foi, non, c'est une confiance de cette nature qu'on accorde aux tourneuses de cartes et aux somnambules. Elle ne saurait en rien honorer l'honnête médecin qui en est l'objet. Elle rend seulement ridicule celui qui la prodigue et qui la dépense à droite et à gauche, au gré de ses caprices ou au hasard de ses fantaisies.

Le choix du médecin, le plus souvent, est une affaire de pur caprice, je le répète ; et il est très difficile, pour ne pas dire impossible, à l'homme de l'art qui veut *vivoter*, de conserver avec ses clients des rapports strictement professionnels, et de ne pas y apporter un peu de ce que, par euphémisme, nous appelons du savoir-vivre.

(*A suivre.*)

Dr PERRON.

dans l'eau froide ; quand l'urine est refroidie, le précipité reparaît. S'il s'agit d'albumine, la chaleur, au lieu de faire disparaître le précipité, l'accentue où le transforme en coagulum rétractile.

Ce procédé est suffisant dans la pratique. On peut aussi caractériser les peptones par le réactif de Millon (solution de nitrate mercureux et de nitrate mercurique, mélangée d'une petite quantité d'acide nitrique) qui donne lieu à une coloration rouge cerise.

Si l'on voulait avoir une réaction de contrôle, lorsqu'il n'existe qu'une petite quantité de peptone dans l'urine, on devrait recourir à la réaction dite du biuret (bicyanate d'ammoniaque) basée sur la coloration rose violacé que donnent les peptones contenues dans l'urine quand on ajoute du sulfate de cuivre en présence d'un alcali caustique. Les détails de cette recherche plus délicate se trouvent dans tous les manuels d'urologie.

Ce que j'ai dit de la peptonurie et de la glycosurie est vrai également de l'albuminurie qui survient assez souvent chez les dyspeptiques par suite d'un mauvais fonctionnement du foie. Je n'y insiste pas, ayant fait connaître dans ce journal même (23 octobre 1886) les idées si intéressantes de mon maître M. le professeur Bouchard, sur les albuminuries d'origine hépatique sans lésions rénales, sans cellules epithéliales ni tubuli dans l'urine.

Ainsi, il est certain que la présence de l'albumine, de la glycose et de la peptone dans l'urine peut ne pas reconnaître d'autre cause que l'existence d'une dyspepsie, presque toujours accompagnée de dilatation de l'estomac et d'un mauvais fonctionnement du foie.

Le trouble dans les fonctions du foie peut être révélé objectivement par une augmentation de volume et par la sensibilité à la palpation ou une gêne sourde dans l'hypochondre droit. Mais l'augmentation de volume du foie n'est pas toujours proportionnelle à l'intensité de l'albuminurie, de la peptonurie et de la glycosurie. Quand elle est considérable, on ne peut la méconnaître par la percussion et le palper ; mais il peut se faire aussi qu'avec un foie qui ne déborde les fausses côtes que de un travers de doigt ou dont la matité empiète seulement de quelques centimètres sur la sonorité du poumon droit, il existe des quantités notables de sucre, de peptone, ou d'albumine dans les urines. L'examen chimique de celles-ci est donc le seul critérium qui permette d'affirmer le mauvais fonctionnement du foie.

Au cours de la dilatation de l'estomac et chez tous les dyspeptiques, le foie recevant continuellement des quantités surabondantes de poison intestinal et de matières mal élaborées subit périodiquement une congestion, qui augmente, diminue, puis disparaît au fur et à mesure de l'intensité des accidents dyspeptiques ; cette congestion s'accompagne quelquefois, mais non toujours, d'endolorissement de la région hépatique.

C'est cette congestion du foie se reproduisant plusieurs fois dans la même année qui peut à la longue, comme l'a montré M. Bouchard le premier, amener la luxation du rein droit chez les individus dont la base du thorax est étranglée par un lien habituel (femmes, militaires) ; chez eux, le foie augmenté de volume ne peut refouler en dehors les fausses côtes, et son bord postérieur chasse peu à peu le rein hors de sa loge, l'abaisse, le mobilise jusqu'à ce qu'il soit devenu un vrai rein flottant.

L'ictère accompagne quelquefois les congestions hépatiques des dyspeptiques.

Le traitement de ces congestions du foie qui s'accompagnent de peptonurie, glycosurie, albuminurie est essentiellement celui de la dyspepsie qui les engendre ; c'est d'abord l'hygiène alimentaire de la dilatation de l'estomac, formulée par M. Bouchard et que j'ai, d'après lui, bien des fois indiquée.

C'est ensuite l'antisepsie intestinale : trois fois par jour en mangeant un des cachets suivants :

Naphtol B finement pulvérisé...... 15 gr.
Salicylate de bismuth, rhubarbe
ou magnésie.................... 7 gr. 50
pour 30 cachets.

Ce sont les grands lavements détersifs et antiputrides avec le borax et le benjoin.

Si ces moyens ne suffisent pas, c'est la diminution de la quantité des aliments, sans en changer la nature, ou mieux en restreignant franchement, au point de donner pendant 15 à 20 jours une alimentation insuffisante comme quantité, mais représentant le type des aliments complets : 1250 gr. de lait et 5 œufs en 24 heures à prendre en cinq repas à intervalles égaux.

Il est quelquefois avantageux de donner en même temps une pilule de calomel de 0 gr. 02 centigr. chaque matin. Le calomel est-il un cholagogue ? Il a jusqu'ici passé pour tel, quoique Rutherford lui eût déjà constesté cette propriété. Depuis les récentes recherches expérimentales de MM. Prévost et Binet, on peut discuter de nouveau la question ; ces expérimentateurs ont vu que chez le chien le calomel diminue la sécrétion de la bile. Nous reviendrons prochainement sur cette question des cholagogues. Mais, en tout cas, je crois pouvoir dire que le calomel m'a semblé efficace dans ces congestions du foie, quel que soit le mécanisme de son action.

P. Le Gendre.

MALADIES DES VOIES URINAIRES

Traitement des urétéro-pyélites. Néphrotomie et néphrectomie.

Nous laisserons de côté aujourd'hui la symptomatologie des tumeurs rénales de nature inflammatoire, malgré l'intérêt qui s'attache à l'étude des moyens de diagnostic, rendus si précis et si nets par des recherches récentes ; nous nous proposons de les exposer dans un prochain article et de nous occuper seulement ici du traitement chirurgical. Les lecteurs du *Concours* savent de reste les avantages que retirent les malades d'une opération pratiquée judicieusement et en temps utile ; les succès ne se comptent plus et sont la règle. On peut dire aujourd'hui qu'abandonner à lui-même un malade porteur

d'une tumeur pyélitique est presque aussi répréhensible que de priver des bénéfices de l'ovariotomie une femme atteinte d'un kyste ovarique.

Si l'on est d'accord sur la nécessité d'une opération, la nature et l'importance de celle-ci sont très discutées. Les uns prétendent qu'une incision pure et simple du rein suffit pour amener la guérison, les autres considèrent l'organe tout entier comme une tumeur et l'enlèvent.

Pour les premiers, il s'agit d'une collection purulente, d'un abcès qu'on ouvre en faisant une néphrotomie, opération beaucoup plus simple que la néphrectomie et qui expose à des dangers bien moindres ; les lèvres de l'incision n'étant pas suturées, le pus continue à s'évacuer librement au dehors et les tissus peuvent ainsi guérir : s'il reste une fistule, on la traitera plus tard, voire même en faisant alors l'ablation du rein. Les partisans de la néphrectomie voient au contraire dans un rein pyélitique un organe dégénéré ; les altérations macroscopiques sont souvent telles que l'organe est réduit à une coque ; au point de vue histologique, il reste une très faible proportion d'éléments sains. Il vaudrait donc mieux faire de suite une opération radicale que d'être obligé d'en venir à une néphrectomie secondaire dans des conditions défectueuses ; car le rein est alors rétracté, adhère aux parties ambiantes ; les difficultés opératoires sont considérables et c'est en effet dans des cas de ce genre qu'on a signalé des accidents graves comme l'ouverture de la veine cave.

Les indications posées étaient, on le voit, contradictoires ; le professeur Guyon vient, dans une récente leçon clinique, de passer en revue les divers côtés de la question et arrive à des conclusions que nous sommes heureux d'être des premiers à faire connaître à nos lecteurs.

L'inflammation du bassinet se caractérise par une tumeur produite par l'accumulation d'un liquide composé d'urine et de pus, qui ne peuvent s'écouler librement. L'obstacle, en effet, siège dans l'uretère qui est toujours envahi en même temps ; il est plus ou moins permanent, laisse parfois s'échapper la plus grande partie du contenu de la poche rénale, mais n'en amène pas moins, à un moment donné, une distension des bassinets et des calices et plus tard une altération et une inflammation des parois. On peut donc comparer ce qui se passe ici à l'état d'une vessie qui, soumise à la distension par une rétention plus ou moins prolongée, est devenue le siège d'une inflammation violente et invétérée ; or, en pareil cas, le traitement rationnel consiste à faire une cystotomie, et, en détournant le cours des urines, à supprimer le fonctionnement de la vessie. On obtient ainsi une disparition de l'inflammation des parois vésicales, la diminution de ses contractions, une *restitutio ad integrum* quand la fistule vésicale, périnéale ou hypogastrique a été maintenue ouverte pendant un temps suffisant.

Les choses se passent-elles de même quand on applique une thérapeutique analogue au bassinet ? Les faits cliniques apportés par M. Guyon viennent le démontrer.

En envisageant comme nous l'avons fait la lésion rénale, il est une conduite qui s'impose. En règle générale, il faut faire la néphrotomie, c'est-à-dire l'incision pure et simple du rein. Le traumatisme opératoire est relativement peu considérable, le pus trouve une issue large et facile ; l'urine, s'écoulant par la plaie, permet aux lésions urétérales de s'amender, les douleurs cessent, et la santé s'améliore. Bien plus, un phénomène considéré autrefois comme un accident post-opératoire, la permanence d'une fistule, devient ici un objectif qu'on s'efforce d'atteindre. Le bassinet n'est pas seul malade, dans ces cas ; l'uretère, nous l'avons vu, l'est également ; or l'indication thérapeutique est de supprimer le fonctionnement de l'un et de l'autre : de l'uretère, en faisant écouler l'urine par une autre voie ; du bassinet, en évacuant le pus et l'urine à mesure qu'ils se produisent au moyen d'un drainage convenable. C'est ce but qu'on atteint en créant une fistule, en établissant, suivant l'expression du professeur Guyon, un *méat lombaire*.

Un autre avantage ressort avec évidence si l'on envisage un autre côté de la question, qui est l'état de l'autre rein ; dans la plupart des cas de pyélite, les deux reins sont touchés, à des degrés fort divers, il est vrai, et en général l'un des deux forme déjà une tumeur appréciable, alors que l'autre est peu enflammé. Mais il est tout à fait exceptionnel de voir un rein entièrement sain à côté d'un rein suppuré. On peut d'ailleurs difficilement s'assurer de l'état d'intégrité du congénère. Sans doute le cathétérisme de l'uretère, a, chez la femme, été souvent pratiqué avec succès ; mais cette manœuvre d'exploration est encore entourée de beaucoup d'incertitude ; de plus, si on peut recueillir une quantité d'urine suffisante pour en examiner les qualités, il n'est pas possible de prolonger l'opération assez longtemps pour être renseigné sur la quantité, notion non moins importante. Voilà, certes, un argument puissant en faveur de la néphrotomie qui reste parfois une opération incomplète, mais n'expose pas à des désastres comme on en voit quand le second rein manque ou est profondément altéré.

En observant les malades néphrotomisés, on ne tarde pas à s'apercevoir que la santé générale s'améliore aussitôt et, résultat important, dès que la collection est évacuée, le rein opposé recouvre l'intégrité de ses fonctions ; les urines redeviennent normales.

Si donc, comme nous allons le voir dans un instant, il devenait nécessaire de pratiquer une néphrectomie secondaire, celle-ci se ferait dans des conditions favorables, car les fonctions du filtre rénal seraient assurées.

L'histoire d'une malade, entre autres, opérée par M. Guyon est le type du processus observé en pareil cas. Cette femme avait d'abord une cystite dont l'intensité avait nécessité une kolpocystotomie ; les douleurs ne reparaissant plus, la fistule vésicale fut fermée au bout de quelques mois. Mais des lésions suppuratives continuèrent à évoluer du côté des uretères et des reins, accompagnées de souffrances très vives, lésions évidemment bilatérales, mais plus marquées d'un côté.

Une néphrotomie amena la disparition des douleurs, l'état général devint peu à peu excellent et la malade guérit en conservant une fistule lombaire par où la totalité des urines sécrétées par ce rein s'échappe maintenant. Elle porte un urinal particulier qui constitue, il est vrai, un ennui considérable.

Les modifications survenues dans la composition chimique des urines sont ici de la plus haute importance. Celles qu'on avait recueillies directement dans la vessie au lendemain de l'opération offrirent des altérations diverses ; au bout de peu de temps elles étaient redevenues normales. Au contraire, celles qui s'écoulent par la fistule contiennent encore une faible quantité d'urée et près de deux grammes d'albumine par litre. L'action salutaire que l'opération exerce sur le rein congénère est ici de toute importance.

Néanmoins il faut songer tôt ou tard à obturer cette fistule, dont la persistance, en dehors de l'infirmité qu'elle crée, pourrait à la longue amener des troubles divers de l'organisme. Combien de temps doit-elle rester ouverte? Il est difficile de poser à cet égard des règles précises ; il y a avantage à la maintenir tant que la santé générale est en voie d'amélioration, tant que les urines recueillies dans la vessie et provenant de l'autre rein ne sont pas entièrement normales. Mais, au bout d'un temps plus ou moins long, il faudra songer à un traitement de la fistule destiné à rétablir le cours normal de l'urine.

Jusqu'à présent, le seul traitement employé a été la néphrectomie ; le fistule ne pouvant, disait-on, être oblitérée, il fallait en tarir la source et enlever les fragments de tissu rénal encore capables de sécréter de l'urine. Pratiquée dans ces conditions, la néphrectomie est difficile et délicate ; elle expose à de graves accidents, mais donne de bons résultats, meilleurs que dans d'autres circonstances. En effet, sur 23 néphrectomies pratiquées dans ces conditions, on trouve 17 guérisons, 6 morts. Or cette proportion de 25 % environ de guérisons est bien supérieure à celle des néphrectomies d'emblée.

Sans doute, cette méthode est radicale et assure la fermeture de la fistule ; mais n'est-il pas permis de songer à attaquer celle-ci directement comme cela se fait pour d'autres régions et de chercher à obturer les parois même de l'uretère, du bassinet ou du rein lui-même? Le professeur Guyon croit la chose réalisable; les sutures pratiquées sur des tissus rénaux sains ou peu altérés réussissent parfaitement et la réunion par première intention est la règle, soit dans les expériences sur les animaux, soit dans les néphrotomies chirurgicales. La profondeur de la région ne constitue pas un obstacle insurmontable. Deux conditions cependant sont nécessaires : il faut que l'urine du rein incisé soit redevenue normale ; cette constatation est facile à faire. Il faut, en second lieu, que l'uretère ne se soit pas obturé. Cette perméabilité est la règle ; il est facile de s'en assurer, en poussant par exemple une injection colorée soit par l'orifice cutané de la fistule, soit, après des incisions opératoires, par l'orifice artificiel du bassinet.

Une telle conduite est rationnelle et tend à s'imposer comme une règle. Sans doute, il serait téméraire de nier que des exceptions existent et la néphrectomie d'emblée n'est pas absolument à repousser dans tous les cas. Nous-mêmes avons été conduit à la pratiquer chez une femme presque cachectique; là les lésions rénale et surtout urétérales, l'intégrité du rein opposé constatée par le cathétérisme de l'uretère, jointe à d'autres circonstances que nous ne pouvons exposer ici, nous avaient décidé à l'extirpation. La guérison a été parfaite ; les cas de ce genre ne sont pas rares, mais dans l'avenir ils deviendront sans doute de plus en plus exceptionnels. Le chirurgien doit d'abord parer aux accidents les plus menaçants ; c'est-à-dire qu'il évacuera une collection dont la présence entretient un état fébrile et amène une détérioration progressive de l'organisme ; cela fait, il assurera le repos de l'organe en conduisant l'urine au dehors par une voie artificielle, en établissant une fistule lombaire. Plus tard enfin, la santé générale une fois améliorée, il s'occupera de remédier à cette infirmité, soit en enlevant le rein incisé, si les lésions persistent, soit en rétablissant le cours normat de l'urine, si les voies naturelles sont restées perméables et si le tissu rénal a repris son intégrité fonctionnelle.

Dr E. Desnos.

MÉDECINE LÉGALE

Responsabilité médicale.

Cours de M. Brouardel

Notes rédigées par M. Joseph Davéo.

(*Suite*).

VIII

Thérapeutique.

Après les cas de responsabilité inhérents aux diverses branches de la médecine, nous arrivons à ceux où dans la pratique journalière le médecin peut encourir une certaine responsabilité et se voir poursuivi devant les tribunaux par son client.

La responsabilité pour la médecine proprement dite est très limitée ; il est rare qu'elle se base sur des faits de diagnostic ; presque toujours elle se rapporte au choix du médicament et surtout aux erreurs de dose et de substance, car c'est là surtout que la faute est grave et palpable et que la responsabilité s'impose pour ainsi dire par l'évidence du dommage causé.

Pour le choix du médicament, le seul tribunal qui soit intervenu, c'est le tribunal de Gray dans un cas de fièvre typhoïde et il y eut ordonnance de non lieu. Il paraît pourtant que notre grand Laënnec lui-même a été poursuivi pour l'introduction du tartre stibié dans le traitement de la pneumonie. Cette affaire n'eut pas de suite, grâce à la duchesse de Berry dont Laënnec était le médecin.

Le choix des méthodes, l'expectation absolue sont dans le droit du médecin, l'homœopathie et l'hydrothérapie même comme systèmes exclusifs ont toute latitude de s'exercer, à moins qu'une faute grave ne compromette les jours du malade.

« Quand un homœopathe ou un hydropathe, dit

Casper, voit sous ses yeux s'éteindre un malade atteint d'hémorrhagie artérielle, il doit renoncer à son système pour recourir à des moyens réellement efficaces ou confier le malade à d'autres mains. »

La responsabilité serait engagée par l'usage des moyens que le bon sens réprouve, par exemple dans le traitement d'un hémorrhagic, d'une fièvre pernicieuse ou d'un empoisonnement.

Témoin le médecin qui provoqua la gangrène des orteils par des affusions froides continuées nuit et jour pour un œdème des jambes à la suite d'une fièvre typhoïde. Des poursuites judiciaires eurent lieu et, malgré l'avis du médecin légiste, elles n'aboutirent pas.

Abstraction faite des fautes contraires au sens commun, en thèse générale, le médecin est absolument libre de choisir la médication qu'il croit convenir au malade qu'il soigne.

Pour ce qui est de l'erreur de dose, il n'y a guère de dissussion possible. L'erreur peut porter sur la rédaction de l'ordonnance ; un médecin écrivit 10 grammes pour X gouttes de laudanum, le malade succomba et le médecin fut condamné à 3 mois de prison. D'autres fois, l'erreur porte sur la dose elle-même qui est excessive. Il y a dans ces cas ignorance ou témérité de la part du médecin qui prescrit.

Le médicament qui a occasionné le plus grand nombre de poursuites, après le laudanum, c'est le cyanure de potassium qui a été employé comme antidouloureux. Il y a quelques années, à Bicêtre, un médecin ayant prescrit à plusieurs malades une dose exagérée de cyanure de potasium et ayant renvoyé très durement le pharmacien qui était venu lui demander s'il ne s'était pas trompé, comptait le lendemain matin cinq morts dans son service. Il ne fut condamné qu'à l'amende, mais il dut quitter les hôpitaux. En 1843, à Saint-Malô, le Dr Macé fut condamné à 3 mois de prison et 50 fr. d'amende pour avoir ordonné 5 grammes de cyanure de potassium. Dans un autre cas,le médecin voulant prouver qu'il n'avait pas prescrit une dose excessive avala lui-même une cuillérée de la potion et faillit périr comme son malade. On cite aussi un médecin qui prescrivit en lavement 0,25 centigrammes de cyanure de potassium : la mort eut lieu au bout d'une heure.

Une condamnation à six mois de prison fut prononcée contre un docteur qui avait administré une dose exagérée de teinture de colchique, cause de la mort de son malade.

Une femme en couche succomba après avoir pris un lavement composé d'une infusion de 2 grammes de tabac ; le médecin ne fut pas condamné parce qu'il n'était pas absolument démontré que ce médicament eût été la cause de la mort.

L'application d'acide arsénieux à haute dose sur un ulcère cancéreux de la face, d'un caustique arsenical sur trois enfants pour le traitement de la teigne, du bichlorure de mercure sur les téguments du crâne dans la même maladie ont aussi déterminé la mort par une intoxication aiguë.

La soudaineté de l'effet constitue la preuve décisive dans les cas de ce genre ; le doute s'élève quand la vie se prolonge ; *in dubiis pro reo.*

Il peut arriver aussi que le malade lui-même soit coupable en prenant une trop forte dose du remède ou en avalant un médicament destiné à l'usage externe ; dans ce cas le médecin et le pharmacien peuvent être mis en cause si l'administration d'une substance toxique n'a pas été entourée de *toutes* les précautions nécessaires.

Le pharmacien peut être le seul coupable par la substitution d'un médicament à un autre, ou bien il peut seulement partager la faute quand il exécute une formule évidemment toxique. Dans ces cas il y a lutte entre le pharmacien et le médecin, le premier ayant l'habitude de rejeter la faute sur le médecin et le médecin sur le pharmacien.

Ainsi, l'on cite un pharmacien qui avait délivré 30 grammes d'oxalate de potasse au lieu de sulfate de soude, et qui faisait remonter la responsabilité au droguiste qui lui avait livré les produits. Le tribunal n'accepta pas ce subterfuge, considérant qu'un pharmacien devait être en état de contrôler et de reconnaître les produits qu'il vendait. Il suffirait de faire une petite incursion dans le domaine de la pharmacie pour trouver bon nombre d'accidents graves dus à une erreur de substance.

Ainsi en 1834 un aide pharmacien substitue dans une potion du deutochlorure de mercure au protochlorure ; 3 enfants d'une même famille prennent ce médicament et succombent.

Une autre fois, c'est de l'émétique qui remplace l'oxyde blanc d'antimoine dans une potion destinée à un enfant et la mort fut le résultat de cette méprise. En 1850, à Strasbourg, un médecin prescrit une tablette de 0,05 centigrammes de santonine pour une enfant de 7 ans; ces pastilles étaient préparées à l'avance et par une fatale erreur, l'aide-pharmacien avait substitué la strychnine à la santonine ; l'enfant succomba en quelques minutes au milieu de convulsions et dans l'état de raideur qui caractérise l'empoisonnement par la strychnine. Dans ce dernier cas le pharmacien fut condamné à 3 mois d'emprisonnement.

Il est arrivé plus d'une fois qu'on a délivré de la morphine au lieu de quinine. Un palefrenier, à qui on avait ordonné un suppositoire avec 0,25 centig. de sulfate de quinine que le pharmacien a remplacé par 0,25 centig. de chlorhydrate de morphine, est mort. Plus récemment un médecin prescrit pour un enfant du chlorhydrate de quinine : le pharmacien ne lit que le mot « chlorhydrate », il donne de la morphine et l'enfant meurt. Il a du reste été condamné au minimum de la peine, car sa maison est une des pharmacies de Paris où aujourd'hui encore l'on prépare les ordonnances avec le plus de soin.

Dans tous ces cas donc des condamnations en vertu de l'article 319 du code pénal ont été prononcées contre les pharmaciens et la responsabilité du médecin a été naturellement dégagée.

Comme nous l'avons vu, les erreurs que peut commettre le médecin dans sa pratique journalière sont nombreuses et l'on se demande naturellement comment on peut les éviter.

Pour ce qui est de l'erreur de dose il existe une règle que beaucoup de médecins ignorent : c'est que lorsqu'un médicament se prescrit par gouttes, le nombre de gouttes ne doit pas être écrit en chiffres arabes, mais en chiffres romains. On prescrira, par exemple, XX gouttes de laudanum et non 20 gouttes de laudanum. Il existe même un décret qui oblige le médecin à employer les chiffres romains dans ces cas pareils.

Pour les cas analogues à celui où la quinine a été remplacée par de la morphine,la cause d'erreur provient presque toujours du nom de l'acide qui précède celui de l'alcaloïde, et qui est seul lu la plupart du temps par le pharmacien. On peut

obvier à cela en renversant l'ordre et commencer par écrire le nom de la substance pour que ce soit elle qui attire d'abord l'attention, puis, entre parenthèses, celui du sel que l'on préfère : chlorhydrate, sulfate, bromhydrate, acétate... Ainsi l'on écrira, s'il s'agit d'injections hypodermiques de morphine.

Morphine (chlorhydrate)......... 1 gramme
Eau distillée.................. 24 grammes

On ne doit pas oublier non plus que le bavardage du client est le grand ennemi du médecin, en ce qu'il peut distraire ce dernier et lui faire commettre des erreurs graves dans la rédaction de son ordonnance. Le professeur Brouardel cite à ce sujet un de ses confrères qui, ainsi distrait par les questions de son client, écrivit un jour 20 grammes de laudanum au lieu de XX gouttes. « Aussi, dit-il, « je vous conseille fortement, sous prétexte de l'ap- « prendre au client, mais bien pour s'assurer s'il n'y « a pas d'erreurs, de prendre la bonne habitude « de relire à haute voix votre ordonnance après « l'avoir écrite, ce qui impose toujours silence au « client. »

Le médecin doit donc agir avec la plus grande prudence en formulant. Il ne doit pas ignorer qu'indépendamment des doses maxima des divers médicaments actifs que l'on peut prescrire sans danger, les effets thérapeutiques d'une même substance varient profondément avec les quantités administrées, qu'il s'agisse de doses massives, de doses partielles ou de doses refractées ; de plus, l'âge du malade, le sexe, l'habitude, la tolérance, l'apathie, l'idiosyncrasie, la période de la maladie sont autant de conditions qui doivent être appréciées à propos. Il ne suffit pas, en effet, de trouver la substance propre à un cas donné, il faut encore en fixer la dose et, pour résoudre ce problème délicat, le médecin doit faire un appel attentif aux connaissances spéciales qu'il possède. Car, en définitive, c'est à la prescription magistrale, c'est-à-dire à l'écrit par lequel le médecin indique les moyens de traiter une maladie, qu'aboutissent ses connaissances médicales ; c'est la prescription qui les couronne et qui fait foi de l'habileté du praticien, et l'on peut dire avec raison que l'art de formuler est le critérium de la médecine.

J. Davéo.

(A suivre.)

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Cession de clientèles. (*Suite.*)

Qu'est-ce que c'est qu'une clientèle ? Il est fort malaisé d'en donner une définition classique, *per genus et differentiam*. Cependant, puisque je dois m'exécuter, je le ferai de bonne grâce et, au risque d'attirer sur ma tête les foudres de nos modernes logiciens, j'appellerai clientèle la réunion des individus qui s'adressent habituellement à une personne pour lui demander le produit ou le service que cette personne fait profession de rendre ou de débiter. Au médecin, ses soins intelligents ; à l'avocat ses conseils et l'appui de sa parole ; au professeur, ses leçons ; à l'industriel, les produits qu'il fabrique, au commerçant, ceux qu'il procure. Est-ce une chose dans le commerce que la clientèle ainsi définie ? Oui, si le choix habituel qui la groupe autour d'une personne n'est pas déterminé uniquement par ses qualités intrinsèques, mais aussi par certains objets qui, eux, sont susceptibles de propriété particulière et de réelle tradition. Aussi, je comprends la vente de la clientèle attachée à un fonds de commerce ou d'industrie. Sans doute, la personne du chef de la maison ou de l'usine n'est pas absolument indifférente au client. Mais ce qui surtout l'attire, le retient, ce sont certains procédés de vente, certains produits spéciaux, des marques estimées, une publicité poussée jusqu'à l'obsession de ceux à qui elle s'adresse. On peut affirmer, autant que le comportent les prévisions humaines, que les mêmes causes produiront les mêmes effets ; et si un successeur achète le nom de la maison, ses produits, son outillage, le droit exclusif à ses marques, à ses affiches et à ses prospectus, la clientèle qui y est attachée devient nécessairement un des éléments les plus importants à faire entrer en ligne de compte dans le calcul du prix de cession. En est-il de même de la clientèle médicale? Non, parce qu'elle est exclusivement attachée à la personne du médecin *et non à l'appartement qu'il occupe*, à un signe extérieur ou à un objet matériel quelconque. Un client qui achète du vin ou une pièce de drap s'adresse de préférence à un débitant doué des qualités que l'on aime à trouver chez un homme ; mais il passera volontiers sur les imperfections de celui qui le sert si le vin est bon ou le drap solide. Le médecin, lui, ne vend aucun produit ; tout ce qu'il donne, *il le tire de lui-même* et de lui seul ; et les qualités précieuses et variées qu'on lui demande, l'activité et la patience, la douceur et la fermeté, le dévouement et l'abnégation poussés jusqu'au sacrifice, l'esprit de décision et de prudence quand la vie d'un homme dépend d'une erreur ou d'une *hésitation*, une discrétion absolue nécessaire pour sauvegarder l'honneur et le repos des familles, ne se vendent pas au marché comme le *manger* et le *boire*, et *ne possèdent pas une valeur* commerciale comme une marque partout répandue ou un secret de fabrication. Ce sont, cependant, ces qualités que le médecin devrait céder pour céder vraiment sa clientèle, puisque c'est leur réunion à des degrés divers chez tel ou tel médecin qui inspire confiance au groupe d'individus qui la constitue et les porte à le choisir habituellement. La clientèle du médecin est donc le produit de la confiance et du libre choix de ses clients ; or, ni la confiance, ni le libre choix ne peuvent se céder, se tarifer, se vendre ; ils ne sont pas dans le commerce. Le médecin qui vend sa clientèle vend donc une chose hors du commerce, et le contrat qui consacre cette vente doit à sa cause illicite, puisqu'elle est prohibée par la loi, d'être affecté de la nullité édictée par les articles 1108 et 1133 du Code civil.

C'est d'ailleurs l'opinion des auteurs les plus estimés. Seul, M. Demolombe résiste. Il arguë de l'article 2272 qui prescrit par un an l'action des médecins en paiement de leurs soins, visites et opérations. Aux yeux de ce savant jurisconsulte, des relations acquises, d'où résultent, grâce à l'action reconnue par la loi, de véritables créances, apparaissent avec le caractère d'un bien transmissible par convention. Pauvre argumentation, qui tourne dans un cercle. L'action est utile, en effet, une fois la clientèle transmise, mais ne peut aider à sa transmission. Il ne faut donc pas s'étonner de voir notre opinion universellement adoptée, et aujourd'hui, après quelques hésitations, définitivement consacrée par la jurisprudence. La Cour de cassation, interprète souveraine de la loi, vient encore de se prononcer dans ce sens il y a quelques années à peine. Le 25 févrie 1885, elle rejetait un pourvoi formé contre un ar-

rêt de la Cour de Paris du 25 juin 1884, confirmant lui-même un jugement du tribunal de la Seine du 14 mai 1881, qui avait posé en principe que la vente pure et simple de la clientèle d'un médecin était nulle comme immorale et illicite. Voilà, certes, une unanimité probante ; ce n'est pas le cas de faire à la jurisprudence ce reproche, quelquefois mérité : *tot capita, tot sensus ;* c'est une véritable trinité judiciaire, un seul avis en trois décisions.

Telle est la règle posée par la Cour suprême dans toute son inflexible rigueur ; la vente pure et simple de clientèle est nulle. Cette règle trouvera peu d'applications. Dans la pratique, en effet, le contrat dénommé improprement vente ou cession de clientèle est en réalité une convention entre deux médecins où l'on s'engage pour un prix convenu à cesser d'exercer sa profession et à faire des efforts, le plus souvent déterminés, pour reporter sur l'autre le choix habituel de la clientèle qu'il abandonne. En droit, un pareil contrat paraît à l'abri des critiques. Renoncer à visiter dorénavant sa clientèle est pour un médecin une perte appréciable; s'engager à la diriger vers le cabinet d'un confrère, c'est promettre à ce dernier ses peines et soins pour lui procurer un profit. L'équité exige dans le premier cas une indemnité, dans le second une rémunération. Juridiquement ces obligations n'ont rien d'illicite. Les jurisconsultes romains les ont étudiées et désignées par les mots : *do ut facias, do ut non facias* : chez nous ce sont des obligations de faire ou de ne pas faire ; le législateur les reconnaît et les sanctionne ; une courte page du Code leur est consacrée. Viennent-elles à être violées par celui qui les a prises, le respect de la liberté humaine *empêche de le contraindre* à les remplir, mais elles se résolvent en dommages-intérêts pour réparer le préjudice causé par leur défaut d'accomplissement. Elles sont l'objet des articles 1142 à 1145, et il faut en rapprocher les articles 91 de la loi du 28 avril 1816 et 6 de la loi du 10 juillet 1841 sur l'exercice du droit de présentation accordé à certains officiers ministériels et la forme des traités de transmission d'offices.

Des obligations qui découlent de ces contrats, la première, celle qui est capitale et essentielle, c'est l'obligation pour le médecin cédant de cesser l'exercice de sa profession ; sans elle, l'espoir chèrement payé par le cessionnaire de recueillir la clientèle cédée ne serait qu'un leurre. Et cependant un médecin peut-il valablement s'interdire par une convention particulière l'exercice de sa profession ? Grosse question qui s'est posée devant la Cour de cassation dans une fort intéressante espèce. Le 19 décembre 1859, Lombard, médecin à Selle-sur-le-Bief, vendait au sieur Bayard pour le prix de 1,000 francs sa clientèle dans cette localité. Il promettait en conséquence de ne plus exercer la médecine à compter du 1er novembre suivant dans un rayon de deux myriamètres au moins. Au mois de novembre 1860, Bayard offre à Lombard les 1,000 francs, prix convenu, et le somme de cesser de visiter sa clientèle. Lombard résiste et demande la nullité du traité qu'il avait consenti. Avec la jurisprudence, il n'avait pas de peine à établir que la vente de clientèle était nulle. Restait l'engagement qu'il avait pris de ne plus exercer la médecine à deux myriamètres au moins de Selle-sur-le-Bief. Condamné par la Cour d'Orléans, Lombard soutenait devant la Cour de cassation que la convention était nulle. Elle constituait, disait-il, une atteinte portée à la faculté imprescriptible qu'a toute personne d'exercer la profession qui lui plaît, à la seule charge de se conformer aux lois. Au nom de l'ordre public, il s'opposait au maintien d'un pareil engagement. Il plaidait que le médecin n'a pas seulement des droits, mais des devoirs, qu'il ne peut refuser ses soins au malade qui l'appelle, et pour une somme d'argent vendre son inaction à un praticien peut-être inhabile ou insuffisant ; que ce serait permettre à celui-ci de s'assurer à deniers comptants le monopole de l'art de guérir et l'exploitation exclusive des malades d'une ville ou d'une contrée. Il fallait, ajoutait-il encore, envisager les conséquences auxquelles pouvaient conduire, dans des temps d'épidémie, de pareilles interdictions frappant les hommes, toujours trop rares, de dévouement et de science, dont les populations attendraient leur salut.

Séduisants, il faut en convenir, étaient les moyens présentés au soutien de ce pourvoi; la Cour de cassation cependant n'en fut point ébranlée. C'est que, si la loi des 2 et 17 mars 1791 proclame le droit pour chacun d'exercer tel art ou profession et de faire tel négoce ou métier que bon lui semble, il ne faut pas se méprendre sur la portée de cette loi et en conclure que toute entrave à laquelle se soumet une personne touchant l'exercice de sa profession est nulle comme contraire à la liberté. « Il ne faut pas exagérer, dit Larombière, l'inaliénabilité de la liberté humaine, la gêne que lui imposent certaines conventions se justifie par la légitimité de l'intérêt qui l'a fait stipuler. » Mais comment préciser la limite où le contrat devient une atteinte à la liberté? Écoutons la Cour de cassation : « Si la convention, dit-elle, prive un citoyen du droit d'exercer sa profession en quelque lieu que ce soit et pour toujours, elle est illicite ; car elle détruit le droit que la Constitution de 1789, d'accord avec la nature, déclare inaliénable ; mais elle est valable si elle est limitée à un certain temps ou à un certain lieu. » Certains auteurs critiquent cette jurisprudence et ne souffrent pas d'interdiction dans le temps. « Nous acceptons, dit le savant commentateur belge du Code civil Laurent, le principe quant à la limitation du lieu, mais il nous est difficile de l'admettre quant au temps. Le travail est la loi de l'homme. Peut-il s'interdire même pour un temps limité le droit de travailler ? Ne serait-ce pas se soustraire pour ce temps à une loi que Dieu donne à toutes ses créatures ? »

Il est très facile, Messieurs, de donner sur ce point complète satisfaction aux légitimes réclamations de la doctrine. Le médecin cédant ne sera donc point privé de son droit à l'exercice de sa profession, ni l'humanité de ses services ; mais l'important étant de l'éloigner, il devra renoncer à pratiquer son art dans la localité où il l'exerçait. Cette interdiction devra, en outre, porter sur un rayon assez étendu pour ôter toute velléité de retour à la clientèle cédée. Il ne me paraît pas, en effet, admissible qu'un médecin puisse s'engager simplement envers un confrère, comme le stipulait un récent traité, à ne plus exercer seulement dans un quartier d'une grande ville ; cette ville fût-elle aussi grande que Paris ou Bordeaux. Les rapports entre le médecin cédant et la clientèle cédée seraient véritablement trop faciles pour que le médecin cessionnaire pût retirer un profit appréciable d'une interdiction d'exercice aussi insuffisamment limitée.

Cette première et indispensable obligation prise par le cédant, suffira-t-elle ? Assurément non. Le fait est certain pour les villes et les localités pourvues de plusieurs médecins. La brusque retraite du

cédant ouvre une succession qu'ils ont bien des chances de recueillir au détriment du cessionnaire. Ils sont plus anciens, plus connus, ont dans le pays des relations, ils sont par suite plus aptes à inspirer confiance et c'est presque fatalement sur eux que se reporterait le choix devenu libre de la clientèle cédée. Il en serait peut-être de même dans les campagnes où n'exerce qu'un seul médecin ; car au bruit de la cession peut survenir un autre docteur, qui, pour n'avoir point payé le médecin cédant pour le décider à quitter la place, en prendra peut-être la meilleure part. Aussi, l'obligation prise par le cédant de cesser tout exercice dans la localité où il se trouve me paraît-elle devoir être toujours assortie et complétée de l'obligation de faire tous ses efforts pour permettre au cessionnaire de recueillir les clients.

(*A suivre.*)

Histoire d'un certificat.

Notre honorable et vaillant confrère, le Dr Chevandier est vraiment bien bon de s'étonner d'être accueilli par les rires de la Droite quand se trouve en jeu la question des certificats de médecine légale ! Ecoutez une histoire vraie..... arrivée dans mon pays, il y a quelques jours à peine.

Un homme de 58 ans, célibataire et amateur forcené des primeurs, était *embêté* par dame Justice, à propos d'un flirtage trop accentué et trop enfantin.

Au lieu de se rendre à l'invitation insidieuse du juge, il estima plus opportun de se noyer à la rivière.

Un médecin, le Dr W., fut appelé pour constater son décès et en dresser un *certificat*.

L'Eglise répugne à ensevelir en terre sainte ceux qui passent volontairement de vie à trépas.

Or, comme le suicidé était un homme des mieux pensants et des plus pratiquants, sa famille jugeait tout à fait peu distingué un simple enfouissement.

On vint donc réclamer au Dr W. un certificat nouveau, affirmant, celui-ci, que le mort *était fou*.

Le Dr W. se récria, et déclara qu'il ne pouvait attester un fait absolument *faux*.

Sans se décourager pour si peu, on revint *trois fois* à la charge auprès du Dr W., qui répéta trois fois son même énergique refus.

Ces « bonnes gens » allèrent tâter d'autres confrères au loin, ayant soin de cacher leur première déconvenue.

Les confrères refusèrent de mentir.

Au jour fixé pour l'enterrement, l'inflexible curé se laissa fléchir par un certificat fabriqué par quatre individus parents du suicidé, dont un conseiller municipal, qui diagnostiquèrent la *folie*, et signèrent orgueilleusement leur médico-légale élucubration.

Le curé enterra religieusement.

Non seulement le Dr W. n'a point été soldé et ne sait ni quand ni comment il le sera, mais, de plus, on fait circuler le bruit que c'est lui qui a donné au curé le fameux certificat de folie.

Ces « honnêtes gens » ont fait, sciemment, un *faux*, et ils en accusent un médecin, qui n'en peut mais, et qui enrage de son impuissance à « cristalliser » ces bruits, et à se munir de quelques témoins osant affirmer de qui ils tiennent ce méchant propos.

Mais, allez donc essayer de *saisir* la calomnie!!!..

Le médecin ne se trouve pas plus protégé dans sa profession que dans sa réputation : car, en cette occurrence, que pourrait faire le Dr W., ?.....

Dr P.

BULLETIN DES SYNDICATS
ET DE
L'UNION DES SYNDICATS

DIRECTEUR : Dr BARAT-DULAURIER

Correspondance.

A M. le Docteur Cézilly, directeur du *Concours Médical*.

Monsieur le Directeur et très honoré confrère,

Je vous serais fort reconnaissant de vouloir bien faire insérer dans l'un des prochains numéros du « *Concours Médical* » la lettre suivante que je désire placer sous les yeux de nos collègues des Vosges : cette lettre justifiera la conduite et l'attitude de notre syndicat médical dans une affaire, dont la solution inattendue ne nous semblait pas devoir nous ménager la surprise que nous avons éprouvée en fin de compte. Ce que je veux, c'est prouver que le Bureau de notre syndicat a, dans cette occurrence, fait son devoir, rien que son devoir ; je veux dégager la responsabilité de certain personnage qui n'a pas craint de nous engager à fond dans un procès que nous avons entamé à cause de ses déclarations et de son insistance, procès dans *lequel, au dernier moment*, brusquement, ce témoin vire de bord avec une légèreté d'évolution, qui prouve peu en sa faveur, ainsi qu'on le pourra voir.

Oyez et jugez. Dans l'un des nos du « *Concours Médical* » (novembre 1887), sur la demande de l'un des membres de notre Société, vous avez fait insérer un « *Avis* » aux termes duquel il semblait prouvé que la ville de Saint-Dié était très suffisamment desservie par 7 médecins civils et un *médecin militaire qui faisait « très-activement de la clientèle.* » Je souligne *très activement* ; vous allez voir pourquoi. Comme la question de l'exercice de la médecine civile par les médecins militaires est l'une de celles dont notre Association ne doit pas, et pour cause, se désintéresser, mon devoir de Président de cette Association était de retenir ce cas d'exercice de la médecine *civile* par *un major, de m'enquérir* au moins des circonstances particulières dans lesquelles exerçait ce médecin militaire. Je m'en occupai donc ; j'ajoute que je le devais : nous n'avions pas le droit, en tant qu'Association, de laisser passer sans nous y arrêter un fait d'exercice civil par un militaire, fait patent, public qui se passait à côté de nous, dans notre département, et dont on nous donnait connaissance par la voie de la presse.

J'en écrivis au Directeur des contributions directes à Epinal et lui demandai : Le médecin militaire qui fait, au dire de la petite note ci-jointe de la clientèle civile *très activement* à Saint-Dié, est-il soumis aux droits de patente ? — Nullement, me répondit cet honorable fonctionnaire. De l'enquête à laquelle je viens de faire procéder, il résulte que ce médecin militaire n'a point de clientèle civile. Sur ces entrefaites, je reçois du médecin militaire lui-même une lettre personnelle me donnant la même assurance.

— Parfait. — Je m'incline et mets l'affaire au panier, tout en faisant part à l'auteur de la petite note des déclarations de ces messieurs, et en lui faisant remarquer qu'en présence de ces déclarations dont les plus difficiles se seraient montrés satisfaits, il ne nous était pas permis d'aller plus loin

— Immense blague ! me répond l'autre. On veut des faits voici des faits qui prouveront que l'insertion du petit avis avait sa parfaite raison d'être. Vous êtes tout simplement joués.

Le Syndicat des Vosges se trouvait donc et du fait de ces nouvelles déclarations, directement saisi de l'affaire. Nous ne pouvions pas considérer ces affirmations émanant d'un membre honorable de notre Association comme étant vaines et mal fondées. Nous ne pouvions pas ne pas en tenir compte. Je soumis le cas à l'appréciation de notre commission d'initiative, qui décida qu'il y avait lieu de s'enquérir sur place de la réalité de ces nouvelles allégations.

A Saint-Dié, nous finîmes, malgré les subterfuges, les hésitations de certains confrères, par acquérir de personnes notables de la localité, la certitude que le médecin militaire se livrait effectivement à la clientèle civile. L'auteur de la petite note renouvela devant nous ses déclarations antérieures et nous assura que si nous ne faisions diligence, on nous ferait quinauds.

J'exposai, à notre réunion générale du 12 mai dernier, les résultats de notre enquête, et l'Assemblée décida qu'il y avait lieu de réclamer pour le médecin militaire l'imposition aux droits de patente.

L'administration hésitait : Elle ne possédait pas de preuves matérielles entre les mains. Un inspecteur des contributions vint officiellement me trouver et je lui communiquai, sur sa demande, les faits qui avaient été portés à notre connaissance par des confrères de Remiremont et de Saint-Dié. Cet inspecteur s'en retourna parfaitement édifié, ayant pris ses notes et convaincu. Quelques jours après, il se rendit à Saint-Dié, fit visite au médecin militaire et à d'autres personnes. Le même jour, il reçut une adresse signée de 7 médecins civils de Saint-Dié, adresse affirmant que le médecin militaire ne se livrait pas à la pratique civile.

Et notre collègue de l'Association, celui dont les lettres affirmatives, catégoriques, pressantes, avaient à diverses reprises stimulé notre sage lenteur, avait osé apposer sa signature au bas de cette adresse ! ! Il n'avait pas cru, *en présence des engagements pris par le médecin militaire*, pouvoir refuser la signature qu'on lui demandait.

Il se déjugeait ; à ses affirmations publiques, il opposait des dénégations publiques, il disait blanc après avoir dit noir.

Et l'Association syndicale, s'évertuant à vouloir faire imposer une patente à un médecin militaire, qui ne faisait pas de clientèle civile, il la rendait ridicule du même coup.

Nos confrères civils de Saint-Dié, qui, pour la plupart, ne font pas partie de notre Association syndicale, ont fait acte de syndicat, en signant l'adresse dont je viens de parler. Ils se sont montrés gracieux envers leur confrère de l'armée, et grâce à leur intervention collective, à leurs déclarations, que je ne veux pas croire spontanées ni émanées de leur propre initiative, ils auront sauvé le major de la patente. On ne saurait que les féliciter de cette attitude, surtout s'il y a eu des promesses faites, des engagements pris, comme l'assure l'un des signataires.

Mais l'autre, l'auteur du fameux Avis, inséré dans le *Concours* ? Comment qualifier sa conduite ? Je m'en abstiendrai pour le moment. Mais l'Association tout entière, à laquelle cet excellent collègue a manqué au premier chef, restera, en définitive, juge de cette conduite. L'honneur de notre syndicat, auquel nous n'avons pas permis qu'on touchât jusqu'à présent, a été engagé ; il doit sortir et sortira intact de cet imbroglio. Nous ne voulons, nous ne pouvons pas nous déclarer solidaires d'un homme qui souffle à la fois et le chaud et le froid.

Veuillez agréer, Monsieur et très honoré confrère, l'assurance de mes sentiments affectueusement dévoués.

Le Président du syndicat médical des Vosges,

LARDIER.

Rambervillers, 19 août 1888.

Nous trouvons bien étranges les faits que nous révèle M. Lardier ; nous insérons sa lettre. La parole est maintenant au principal intéressé, notre correspondant.

A. C.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU CONCOURS MÉDICAL

M. le Dr URPAR, à Arles (Bouches-du-Rhône), présenté par le docteur Mistral, de Marseille.

M. le Dr VILLEPRAND, à Manosque (Basses-Alpes), présenté par le Directeur.

NOUVELLES

Correspondance.

M. le Dr Lédé, de Paris, membre du *Concours médical*, nous informe qu'après examen des statuts de l'Union médicale, il a envoyé sa démission de médecin de cette Société.

FALSIFICATION DU CHAMPAGNE.— Un joli exemple de contrefaçon donné par une circulaire assez curieuse d'un fabricant de vin de l'Allemagne : «En raison de votre grand commerce de vin en Champagne, nous vous recommandons notre qualité de champagne à bon marché : 15 fr. 60 la douzaine de bouteilles, emballage compris, expédition par Rotterdam et Anvers. Nous vous ferons observer que nous pouvons vous fournir *toutes les marques que vous voudrez*, et nous vous prions d'en faire l'essai.»

Le choix de la marque laissé à l'acheteur, n'est-ce pas un comble ? *(Rev. intern. et pop. des falsific. des denrées alimentaires.)*

BIBLIOGRAPHIE

Étude critique et clinique sur les rapports étiologiques de la pleurésie avec la tuberculose, par le Dr A. CORIVEAUD. — Bordeaux, imp. G. Gounouilhou.

Le Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise).— Imp. DAIX frères, place St-André, 3

Dixième année **N° 35** 1er Septembre 1888

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE

Vaccination du choléra asiatique par un vaccin chimique.

La note lue à l'Académie des sciences le 20 août par M. Pasteur au nom de M. *Gamaleïa*, d'Odessa, est fort importante à plusieurs points de vue. Le jeune et brillant physiologiste russe, dont nous avons eu à citer le nom et les travaux au moment des polémiques soulevées par la découverte de l'inoculation antirabique, vient de trouver un moyen *chimique*, c'est-à-dire *précis*, de faire la prophylaxie du choléra chez le pigeon. On peut donc espérer, comme il le dit en terminant sa communication, que dans un avenir peu éloigné la méthode sera applicable à l'homme.

Cette découverte n'est pas seulement heureuse par l'espoir qu'elle donne de prévenir les ravages que le choléra fait de temps à autre en Europe, mais elle a une portée plus générale. Elle vient confirmer la doctrine toute récente de l'immunité conférée contre les maladies microbiennes par les produits chimiques toxiques que sécrètent les microbes pathogènes.

C'est avec le choléra des poules que M. Pasteur a esquissé cette découverte, lorsque, injectant dans le muscle pectoral d'une poule la culture du microbe *filtrée* (c'est-à-dire débarrassée du microbe), il reproduisit chez l'animal les mêmes symptômes que cause le microbe même, et de plus lui conférait l'immunité contre une inoculation ultérieure du microbe. Puis viennent les expériences de M. Roux qui trouve aussi le vaccin chimique de la septicémie, et celles de M. Charrin avec la maladie pyocyanique. Cette succession de preuves en quelques mois est vraiment un honneur pour la science française. Nous sommes heureux que le premier qui se soit engagé après nos compatriotes dans cette voie pleine de promesses soit un Russe, c'est-à-dire un ami de la France, et parmi les Russes un élève de M. Pasteur.

Il est aussi agréable de constater que la découverte de l'élève va rejaillir sur celle du maître, puisque M. Pasteur, encouragé par l'exemple de ce qu'a fait M. Gamaleïa pour le choléra, va essayer d'appliquer à la rage la vaccination purement chimique ; le jour où il y aura réussi, la dernière objection un peu acceptable présentée par les adversaires de la méthode de la prophylaxie de la rage après morsure sera sans objet.

Cette belle découverte, que nous avons *soutenue* de toutes nos humbles forces dès l'origine contre des attaques si injustes et si violentes, a déjà gain de cause sans doute, puisque les statistiques de jour en jour plus nombreuses ont mis au-dessus de toute contestation la valeur de ses résultats pratiques. Mais elle laissait encore place à une inconnue, puisqu'en inoculant en totalité le virus même atténué on pouvait craindre qu'il ne récupérât de temps en temps sa virulence dans l'organisme inoculé. Le jour où on inoculera la partie *chimique* seule, c'est-à-dire le virus stérilisé, *non vivant*, tout aléa disparaîtra.

Nous reproduisons in extenso la communication de M. Gamaleïa en raison de son importance.

« Le travail suivant n'est qu'une simple et fidèle application de la *méthode expérimentale* qui a été créée au laboratoire de M. Pasteur et qui a déjà donné de si beaux résultats pour le choléra des poules, le rouget du porc, le charbon et la rage.

Je n'ai pas besoin de rappeler quel obstacle cruel s'est opposé, il y a cinq ans, à l'application de cette

méthode au choléra asiatique. Cet obstacle a forcé M. Pasteur de laisser cette maladie pour les recherches de ses futurs élèves. Or, comme je l'ai dit, je n'ai fait qu'appliquer au choléra deux grands principes de la méthode expérimentale : celui de la virulence progressive et celui des vaccins chimiques.

Il est connu que les cultures ordinaires des vibrions cholériques n'ont qu'une virulence minime, à ce point que M. Koch, qui les a découvertes, a cru, après de nombreux échecs, que le choléra n'était pas inoculable aux animaux.

D'autre part, les élèves de M. Pasteur, lors de l'expédition française en Egypte, n'ont qu'une seule fois réussi à donner le choléra à une seule poule. Or, il est facile de douer le vibrion cholérique d'une *virulence extrême* : il ne faut pour cela que le porter sur un pigeon après un passage par le cobaye : il tue alors le pigeon en lui donnant le choléra sec avec l'exfoliation de l'épithélium intestinal. Ce qui est plus important encore, le microbe apparaît aussi dans le sang des pigeons qui ont succombé. Après quelques passages, ce microbe acquiert une telle virulence que le sang des pigeons de passage, à la dose d'une ou de deux gouttes, tue tous les pigeons frais dans l'espace de huit à douze heures. Ce virus tue aussi avec des doses encore plus petites les cobayes. Il est important de noter que tous les animaux de ces deux espèces succombent à l'infection virulente. Avec ce virus absolument mortel, nous avons pu constater l'existence de l'*immunité cholérique*. Ainsi, nous avons inoculé un pigeon deux fois, avec une culture ordinaire (non virulente) du choléra : la première fois dans les muscles pectoraux ; la deuxième dans la cavité abdominale. Ce pigon est devenu réfractaire à l'infection réitérée par le virus le plus virulent, le sang du pigeon de passage. Le fait de l'immunité a été ainsi acquis.

Maintenant, si l'on cultive ce virus de passage dans un bouillon nutritif, et si l'on chauffe ensuite cette culture à 120° pendant vingt minutes, pour tuer sûrement tous les microbes qu'elle contient, on constate alors que le chauffage a laissé subsister une substance très active dans la culture stérilisée. Cette culture, en effet, contient une substance toxique qui détermine des phénomènes caractéristiques chez les animaux d'expérience.

Inoculé en quantité de 4 centimètres cubes à un cobaye, le bouillon stérilisé produit un abaissement progressif de la température et la mort en vingt ou vingt-quatre heures (à l'autopsie on trouve une hyperhémie prononcée de l'estomac et des intestins, et, comme de raison, une absence complète des microbes cholériques).

Les pigeons succombent aussi avec les mêmes phénomènes morbides. Seulement, ils sont plus résistants vis-à-vis de ce poison et leur mort n'arrive qu'à la suite d'une dose de 12 centimètres cubes injectés à la fois. Au contraire, si on leur introduit cette même quantité de 12 centimètres cubes, mais en trois, quatre ou cinq jours (en injectant, par exemple, 8 centimètres cubes le premier jour et 4 le surlendemain), on ne les tue plus.

Sur ces pigeons on constate, en outre, un phénomène de la plus grande importance : ils sont devenus réfractaires au choléra. Le virus le plus virulent, le sang d'un pigeon de passage, inoculé même en quantité de 1/2 centimètre cube, n'est plus capable de les tuer. La vaccination des cobayes réussit encore plus facilement : en leur introduisant le bouillon toxique et vaccinal par la quantité de 2 centimètres cubes, on les vaccine en deux ou trois séances (en tout 4 ou 6 centimètres cubes).

Ainsi, nous sommes en possession d'une méthode de vaccination préventive du choléra. Cette méthode est fondée sur l'emploi du vaccin stérile et elle possède tous les avantages de la vaccination chimique, la *sûreté* et la *sécurité*, puisque le vaccin chimique peut être mesuré d'une manière tout à fait rigoureuse et introduit par des doses assez petites pour être entièrement inoffensif, tandis que la somme de celle-ci peut donner la quantité voulue, nécessaire pour une immunité complète.

Ainsi, dans nos expériences, l'immunité est conférée *sans danger* et *sans exception*. Nous espérons, par conséquent, que cette méthode pourrait être appliquée à la vaccination humaine pour préserver les populations du choléra asiatique. »

M. *Pasteur* ajoute : « Dans une lettre particulière que j'ai reçue en même temps que la note qui précède, M. Gamaleïa m'écrit ce qu'il suit :

—Je vous autorise à déclarer que je suis prêt à répéter toutes mes expériences dans votre laboratoire à Paris, en présence d'une commission de l'Académie des sciences ; je m'offre également à trouver sur moi-même la dose inoffensive et suffisante pour la vaccination humaine, comme aussi d'entreprendre un voyage dans les pays ravagés par le choléra pour prouver l'efficacité de la méthode.

» Si vous jugez nécessaires quelques autres détails, je puis vous les donner dans une note complémentaire où je pourrais vous parler de la durée de l'immunité, du mode d'infection, etc. »

J'ai l'honneur de prier M. le président de l'Académie de vouloir bien renvoyer la note de M. Gamaleïa à la commission du grand prix Bréant sur le choléra.

En ce qui me concerne, il est inutile de dire que j'accepte avec empressement que les expériences de M. Gamaleïa soient faites dans mon laboratoire conformément au désir qu'il m'exprime. M. Gamaleïa a déjà travaillé à plusieurs reprises au milieu de nous, notamment dans l'année 1886, lorsqu'il fut envoyé à Paris par la municipalité d'Odessa, à la demande de la savante compagnie de médecins russes de cette ville, afin d'étudier la pratique des inoculations préventives de la rage, méthode dont il nous fait connaître aujourd'hui une extension et une application si remarquables à la vaccination préventive du choléra asiatique.

Mais, comme il le dit avec toute la modestie d'un grand inventeur, il a joint aux méthodes de mon laboratoire les inspirations des pages publiées par moi sur le vaccin chimique de la rage dans le premier numéro des *Annales* de M. Duclaux et des belles et décisives expériences de M. le docteur Roux sur

le vaccin chimique de la septicémie, dans le numéro de décembre dernier de ces mêmes *Annales*.

Depuis les travaux que je rappelle, les découvertes grandissent et s'accumulent en ce qui touche les vaccins chimiques. On ne saurait douter que nous en posséderons bientôt beaucoup d'autres : celui de la rage, par exemple, ne peut tarder à être connu et utilisé. Voici l'une des dernières expériences que j'ai faites avec l'assistance d'un de nos jeunes aides du laboratoire, Eugène Viala, qui a acquis dans l'art des trépanations une habileté particulière.

Le 16 novembre 1887, 15 centimètres en longueur de la moelle d'un lapin du 171e passage, mort rabique, ont été délayés dans 30 centimètres cubes de bouillon stérile, après qu'on eût porté le cylindre de moelle pendant quarante-huit heures à la température de 35°. Deux chiens, trépanés et inoculés par cette moelle diluée, n'on pas pris la rage, ce qui constitue la plus grande probabilité, sinon la certitude, que la moelle, par le chauffage au contact de l'air pur et sec, avait perdu sa virulence dans toute sa longueur.

Cependant, les deux chiens traités avaient été rendus réfractaires à la rage ; car, inoculés par trépanation, le 23 mai 1888, avec la moelle bulbaire d'un chien mort de rage furieuse, ces deux chiens ont résisté et sont encore bien portants.

La moelle chauffée rendue non virulente était donc vaccinale par un vaccin chimique.»

Un journal politique vient de publier deux lettres de M. Ferran, le médecin espagnol, qui annonçait avoir découvert un vaccin contre le choléra. M. Ferran accuse M. Gamaleïa de plagiat, et revendique le prix Bréant. Nous renvoyons le lecteur qui serait tenté d'ajouter quelque importance à la réclamation de M. Ferran, à l'appréciation qui a été faite alors par les juges compétents sur la valeur de ses travaux, qui étaient d'un ordre plus commercial que scientifique.

Sur une bactérie pyogène et sur son rôle dans l'infection urinaire.

La semaine est heureuse pour la bactériologie. La lecture faite à l'Académie de médecine par M. Guyon au nom de deux de ses élèves les plus brillants, MM. *Albarran* et *Hallé*, prouve que l'infection urinaire, cliniquement admise depuis longtemps, a son agent spécifique microbien.

La bactérie qui fait l'objet de cette étude est un organisme pathogène infectieux. Habituellement et souvent seule présente dans les urines purulentes, elle suffit à produire des inflammations suppuratives de l'appareil excréteur de l'urine (vessie, uretère et bassinet) et les abcès urineux.

Agissant sur le rein, elle y cause les diverses lésions de la néphrite infectieuse suppurée (abcès miliaire), soit qu'elle remonte directement du bassinet dans le tissu rénal (néphrite ascendante), soit qu'apportée par le sang elle se localise secondairement dans la substance corticale. Pénétrant dans le sang, elle provoque des accidents infectieux suraigus, aigus ou chroniques, souvent mortels (fièvre urineuse).

La connaissance de ces faits conduit nécessairement à une double déduction pratique : asepsie rigoureuse des opérations pratiquées sur les voies urinaires et surtout du cathétérisme, voie certaine du microorganisme dans la vessie : examen bactériologique des urines, préalable à toute opération sanglante sur les voies urinaires.

On trouvera souvent dans cet examen un élément pronostic sérieux et l'indication d'un traitement antiseptique préparatoire.

Il ne faudrait pas croire cependant que la bactérie de MM. Albarran et Hallé soit seule capable de produire les inflammations suppuratives des voies urinaires ou l'infection générale qui prend sa source dans cet appareil malade.

Ces auteurs ont, en effet, constaté expérimentalement, chez le lapin, la pyonéphrose et la néphrite suppurée produite par des microcoques à la suite de ligature simple de l'uretère faite sans aucune précaution antiseptique. Dans un de ces cas, il existait des lésions secondaires dans le rein du côté opposé (abcès miliaires) indice certain de la généralisation.

Chez l'homme, d'ailleurs, ils ont observé un cas d'infection générale à streptocoques, nettement caractérisée, consécutive à une prostatite suppurée avec phlébite péri-prostatique causée par ces organismes.

M. Albarran a cherché, en outre, à établir le rôle pyogénique et infectieux que la bactérie pathogène peut jouer en dehors des voies urinaires.

Dans un phlegmon post-puerpéral du ligament large, le pus contenait la bactérie en grande abondance et quelques rares microcoques. La bactérie a été isolée et son identité reconnue.

Dans un cas de pleurésie ossifiante avec abcès sous-pleuraux, la bactérie pyogène existait dans les abcès à l'état de pureté. Son identité a été bien constatée par les cultures et les inoculations.

M. F. Widal a également rencontré cette même bactérie, dans un cas d'infection puerpérale, à la place du streptocoque pyogène.

Dans deux de ces trois observations, la bactérie paraît avoir pénétré par les voies génitales.

Ces trois observations démontrent que le rôle pyogène et infectieux de la bactérie est général et qu'elle peut exercer tous ses effets pathogènes en dehors de la participation de l'appareil urinaire.

MM. Albarran et Hallé examinent ensuite cette bactérie au point de vue biologique. Voici le résumé de cette étude : bactérie polymorphe, mobile, facile à cultiver dans les milieux usuels, à la température ordinaire ; donnant sur la gélatine une culture blanche, abondante en profondeur et en surface, ne liquéfiant jamais ce milieu. Le développement de la culture en surface et l'évolution normale de colonies isolées dans la profondeur de la gélatine laissent à penser qu'il s'agit d'un organisme à la fois aérobie et anaérobie.

Les urines habitées par le microorganisme sont toujours purulentes, mais à des degrés divers. Sur cinquante urines pathologiques prises aseptiquement dans la vessie, la présence de cette bactérie a

pu être constatée quarante-sept fois, et quinze fois à l'état de pureté.

Des recherches de contrôle ont démontré que chez des sujets indemnes d'affections des voies urinaires les urines de la vessie ou du bassinet étaient pures de tout microorganisme.

Actinomycose chez l'homme.

M. Ad. *Lucet*, médecin vétérinaire à Courtenay, a signalé à l'Académie un cas d'actinomycose humaine, le premier observé en France.

Il s'agit d'un jeune homme, garçon d'écurie, qui, à la suite de divers traumatismes sur la fesse et la cuisse gauches, survenus aux mois de mars et avril 1887, présenta, au membre inférieur gauche, une espèce de phlegmon profond à marche lente, qu'on incisa au mois de juillet, puis, à la suite, de nouveaux foyers, en octobre et en novembre. Le pus obtenu, lors de la ponction du premier abcès et des abcès consécutifs qui se sont produits, contenait un nombre considérable de petites granulations qui, examinées au microscope, furent reconnues comme étant formées par des touffes d'actinomyces. Il persista un trajet fistuleux qui s'enflammait de temps en temps et laissait s'écouler du pus mélangé de petits corps blancs (granulations contenant des touffes d'actinomyces). A la fin de juillet 1888, la fistule existe toujours, et, au-dessous d'elle, il s'est formé un nouveau noyau d'induration qui s'est ramolli. Ouvert il y a quelques jours, ce nouvel abcès n'a donné qu'un peu de pus présentant toujours les mêmes caractères que celui qui s'est écoulé de l'ouverture des premiers abcès.

Le malade va mieux, marche et ne souffre plus, mais il n'est pas guéri.

La contagiosité de l'impétigo et l'amygdalite impétigineuse.

Notre confrère *Lardier* (de Rambervillers) apporte une fois de plus la preuve de la contagiosité de l'impétigo, en relatant une épidémie qui eut lieu dans un collège. Sur une population scolaire de cent élèves environ, il y eut en 6 mois 37 élèves atteints d'impétigo de la face. Cette épidémie avait pris naissance peu de jours après la rentrée des classes, la maladie ayant été évidemment importée par l'un des élèves. Les élèves externes exportèrent la maladie dans leurs familles. Il y eut notamment une dissémination fort curieuse dans un village où un des collégiens atteints d'impétigo facial se rendit pour passer les vacances du nouvel an dans sa famille. Dans ce village où il comptait beaucoup de parents « le jour de l'an provoqua de nombreuses visites et l'échange d'accolades réitérées. Huit ou dix personnes eurent de l'impétigo facial dès la première quinzaine ; pendant trois mois environ, l'affection fut transmise des petites aux grandes personnes, des enfants aux parents et réciproquement. ».

L'impétigo est effectivement très contagieux, — d'abord auto-inoculable sur l'individu lui-même, donnant naissance, ainsi que l'a le premier observé, avec une sagacité qui lui fait le plus grand honneur, notre confrère distingué M. Chaumier (de Pressigny-le-Grand), à la tourniole, à certains phlegmons superficiels, à des conjonctivites simples ou phlycténulaires, — inoculable aussi aux personnes qui sont en contact immédiat et fréquent avec l'impétigineux (mères, frères et sœurs).

Mais ce que l'on n'avait pas signalé encore, et ce qui d'ailleurs mérite confirmation, c'est la relation que M. Lardier voudrait établir entre l'impétigo et l'amygdalite. « Tandis que je constatais, dit-il, cette véritable épidémie d'impétigo facial au collège de X..., dans ce même établissement évoluait en même temps une autre affection ; je voyais journellement des élèves atteints *d'amygdalite*. Il y eut en somme, et coup sur coup, vingt-huit élèves atteints d'angine à forme *pultacée*, sans gravité, du reste. Et, fait remarquable ! *aucun* des élèves atteints d'angine ne présentait d'impétigo facial, *aucun* des impétigineux ne fut atteint d'amygdalite. Aussi, après les premiers cas, étais-je autorisé à croire que ces amygdalites étaient exclusivement des localisations angineuses de l'impétigo. Je conseillai des gargarismes au chloral et à l'acide borique, et, en fort peu de jours, ces petits malades étaient guéris.

Les causes classiques de l'angine, le refroidissement par exemple, pouvaient être invoquées, cela est certain ; mais combien il était plus rationnel de considérer ces amygdalites comme étant de nature infectieuse et résultant de l'implantation du germe sur les amygdales. A moi, qui assistais à l'évolution simultanée de ces cas d'impétigo facial et d'angine impétigineuse, le doute n'était pas permis. »

Cependant il y a quelque raison d'être surpris de la relation admise par M. Lardier. — L'impétigo est une affection essentiellement *pustuleuse et suppurative* ; son agent pathogène est un microcoque pyogène. Il semblerait que, s'il exerçait son *action* sur la gorge, il dût provoquer une amygdalite *suppurée*, un phlegmon de l'amygdale plutôt qu'une amygdalite *pultacée*, c'est-à-dire épithéliale, comme l'étaient toutes celles qu'a vues M. Lardier. — Il n'est pas moins singulier que ces amygdalites se soient précisément montrées chez des enfants qui n'avaient pas d'impétigo ; nous sommes habitués plutôt à voir l'auto-inoculation d'après les faits de M. Chaumier : le transport de proche en proche par les doigts et l'écoulement du pus sur les parties déclives rendent bien compte de la succession de l'impétigo facial, des tournioles, des conjonctivites, des pustules ecthymateuses ; et, si l'amygdalite devait être impétigineuse, je me la figurerais plutôt survenant chez un enfant ayant déjà de l'impétigo des lèvres, de même que nous voyons souvent l'herpès des lèvres coïncider avec l'amygdalite herpétique.

Je ne doute nullement de la nature infectieuse de l'amygdalite ; j'admets avec mon maître Bouchard, avec Kannenberg, avec Dubousquet-Laborderie, que *toutes les amygdalites sont infectieuses.*

Mais, avant d'accepter l'amygdalite impétigineuse, je demande à en voir moi-même.

Cette réserve faite, je m'associe pleinement à ce

que dit M. Lardier de la nécessité des mesures prophylactiques contre l'impétigo, déjà réclamées par M. Ollivier.

« Dans les établissements d'instruction, dans les internats, les maladies contagieuses, quelles qu'elles soient, apparaissent toujours dans les deux ou trois semaines qui suivent la rentrée des vacances. Il serait nécessaire, je crois, que les directeurs de ces établissements, avant de permettre la vie en commun à tous leurs petits pensionnaires, s'assurent qu'aucun d'eux n'a été en contact, au moins dans leurs familles respectives, avec des enfants atteints d'une maladie transmissible. Il devrait en être de même dans les régiments, avant de rendre leur droit de cité aux permissionnaires et au moment de l'incorporation des nouvelles recrues. J'ai dit ailleurs comment les directeurs des établissements d'instruction et nos confrères de l'armée pourraient se procurer les renseignements qui leur seraient nécessaires. En ce moment, je signale simplement la lacune, et je constate que les mesures d'hygiène générale, je pourrais dire de désinfection préalable qui devraient être pratiquées avant le retour des internes, sont absolument nulles. Il y a cependant, à ce point de vue, des précautions à prendre.

Je voudrais que les médecins fussent unanimes à faire adopter la règle suivante : « Les enfants atteints d'impétigo facial seront, dès les premières manifestations, séparés de leurs compagnons de jeu et d'étude ; ils seront soigneusement isolés jusqu'à guérison ; les soins de propreté seront plus sévères qu'ils ne le sont habituellement ; les ablutions auraient lieu deux fois par jour et on ne se servira pour leur usage, surtout au moment d'épidémies analogues, que d'un liquide antiseptique, ce qui serait facile en ajoutant à l'eau des lavabos une proportion suffisante d'acide phénique ou d'acide salicylique. »

L'acide borique est peut-être encore préférable. Avec Gaucher à l'Hôpital des Enfants Malades nous avons guéri plusieurs centaines de cas d'impetigo dans le plus bref délai par le glycérolé d'amidon boriqué à 1/10e et les lavages avec l'eau boriquée, ainsi que je l'ai déjà dit dans ce journal et dans mon Traité d'antisepsie.— P. L. G.

REVUE CHIRURGICALE

Des greffes cutanées et épidermiques dans le traitement des plaies ulcérées (1).

Le traitement des plaies ulcérées est très complexe ; lorsque la cicatrisation tarde trop longtemps à se faire malgré des pansements variés, il y a souvent intérêt à recourir à la méthode des greffes dont notre ami H. Delagenière vient de faire une revue critique très intéressante.

Reverdin (de Genève), le premier, en 1869, préconisa la greffe épidermique pour aider à la cicatrisation de certaines plaies ulcérées qui tardaient à se réparer, telles que les plaies résultant de vastes brûlures superficielles, de larges vésicatoires mal pansés, des ulcères variqueux, etc.

La greffe peut être prise sur le malade lui-même ou sur une autre personne ; elle doit être petite, mesurer en moyenne de 3 à 4 millimètres carrés ; enfin, elle doit contenir la couche de Malpighi, qui est la partie vivante de l'épiderme. La greffe peut se prendre sur le bras ou sur la jambe. Dans certains cas de plaies traumatiques, lorsque la plaie du voisinage n'est pas altérée, on peut la prendre autour de la plaie. — La peau sur laquelle on prendra les greffes devra être soigneusement lavée et stérilisée avec un liquide antiseptique. Le lambeau peut être détaché de plusieurs manières : soit à l'aide d'une lancette qu'on enfonce d'abord perpendiculairement dans la peau jusqu'à ce que la pointe ait atteint les limites profondes du derme et qu'on fait ressortir à quelques millimètres de la première ponction ; soit en saisissant un morceau d'épiderme avec une pince à griffes, en le soulevant légèrement et en coupant la partie soulevée avec des ciseaux courbes. Enfin, on peut se servir du rasoir, du bistouri; mais avec ces instruments on obtient des greffes plus volumineuses qui constituent alors de véritables greffes dermo-épidermiques. La plaie sur laquelle est déposée la greffe doit être en voie de cicatrisation et aseptique ; ses bourgeons charnus doivent être confluents, petits et vivaces, mais ne doivent pas saigner.

Le pansement est fait soit avec des bandelettes de diachylon, soit avec des morceaux de lint boriqué légèrement enduits de vaseline boriquée au cinquième ; on peut encore fixer les greffes avec un morceau de papier d'étain par-dessus lequel on fait un pansement antiseptique. Les résultats, obtenus par la méthode de Reverdin, sont parfois excellents ; mais ils ne sont pas constants ; il en est de même des greffes cutanées qui consistent dans la transplantation de morceaux de peau avec la totalité du derme (Ollier, Hickl, Busch) et des greffes faites avec la peau de différents animaux (chien, lapin, poulet, grenouille).

Les greffes *dermo-épidermiques* paraissent donner des résultats supérieurs, surtout lorsqu'elles sont pratiquées avec les perfectionnements indiqués par Thiersch, Socin, Czerny, Monod, etc. La greffe se prend sur le malade lui-même : on taille un lambeau sur la face externe du bras ou sur la partie antéro-externe de la cuisse. La peau de la région est soigneusement lavée, d'abord avec du savon ou de la décoction de Panama, puis on exerce de fortes frictions avec un linge imbibé de solution phéniquée au 20e, afin d'enlever toutes les parties d'épiderme exfolié. Il faut ensuite tendre la peau de la cuisse avec la main gauche passée au-dessous, puis on applique à plat, sur la peau tendue, un rasoir à coupes dont la lame est humectée de solution phéniquée au 40e. On imprime ensuite au rasoir des mouvements bien parallèles et égaux de va-et-vient, de façon à lui faire tailler un lambeau dermo-épidermique de 20 à 25 millimètres de largeur sur une longueur proportionnelle à l'étendue de la plaie à recouvrir; comme épaisseur,

(1) *Gaz. des hôpitaux*, juin 1888.

la greffe doit comprendre tout le corps papillaire et une partie du derme, d'où il résulte que les parties sur lesquelles on l'a prise doivent saigner et que la greffe elle-même contient un grand nombre de vaisseaux capillaires.

Le lambeau, à mesure qu'il est taillé, se pelotonne sur le rasoir avec lequel on le transporte sur la plaie qui a été préparée pour le recevoir. On conçoit facilement que cette plaie doit être aseptique et qu'en outre elle doit présenter une surface saignante, c'est-à-dire riche en vaisseaux capillaires. — Quant à la façon dont la plaie doit être traitée pour recevoir la greffe, Thiersch et Socin se contentent d'enlever avec la curette tous les bourgeons charnus, puis de laver la surface avec une solution de sel marin. — Une méthode plus sûre consiste, deux ou trois jours avant de pratiquer la greffe, à laver soigneusement la plaie avec de la solution phéniquée au vingtième ou au sublimé; puis on la badigeonne dans toute son étendue avec du chlorure de zinc au dixième. On applique ensuite un pansement antiseptique à l'iodoforme qu'on ne retire que le jour de l'opération.

Avant d'enlever les bourgeons charnus avec la curette, on lave, avec la solution phéniquée au vingtième, la surface de la plaie et la peau avoisinante, puis on enlève toutes les parties fongueuses jusqu'à ce qu'on arrive sur des tissus résistants et ayant une apparence fibreuse. Il faut bien étaler la greffe pour qu'elle ne fasse pas de plis et pour que les surfaces cruentées soient partout en contact; car il ne faut pas perdre de vue que l'on doit avoir une réunion par première intention. On arrive facilement à ce résultat en employant des aiguilles à dissocier ou bien simplement deux bistouris dont ou utilise la pointe seulement.

Lorsque la greffe est bien étalée, on la recouvre avec un carré ou des bandelettes de papier d'étain qui a séjourné un certain temps dans la solution phéniquée forte. On fait sur ce papier un pansement antiseptique (gaze iodoformée, sachets remplis de poudre de Lucas-Championnière) et compressif avec beaucoup d'ouate.

Les résultats obtenus par cette méthode sont excellents : la guérison est rapide, la cicatrice est solide et souple, de sorte que la récidive, toujours redoutée dans les plaies ulcérées, n'est plus à craindre. Cette méthode est surtout indiquée pour les plaies étendues, pour les vastes ulcères variqueux dont la cicatrisation se fait mal ou très lentement. Elle rend aussi les plus grands services lorsqu'on a à craindre la rétraction de la cicatrice, comme lorsqu'il s'agit de vastes brûlures. Malheureusement elle nécessite l'emploi du chloroforme ; aussi ne peut-elle convenir toutes les fois que l'administration du chloroforme est dangereux. C'est dans ces cas-là qu'il faut recourir à la greffe de Reverdin qui est beaucoup moins douloureuse et qui offre encore l'avantage d'exiger moins d'habileté et de soins consécutifs. Il en sera de même pour les plaies de petites dimensions, surtout quand la récidive de l'ulcère ne sera pas à craindre, comme, par exemple, dans les plaies traumatiques.

De l'extirpation du larynx (1).

Le professeur Le Fort, en se basant sur une statistique très complète de 102 cas d'extirpation totale du larynx, rejette cette opération comme meurtrière et inefficace. Sur cent malades auxquels on enlève le larynx, il en meurt au moins quarante du fait de l'opération ; si ces quarante malades n'eussent pas été opérés, ils eussent pu vivre encore plusieurs mois, quelques-uns plusieurs années. Quant aux soixante survivants, le plus grand nombre ne gagnent à l'opération que quelques mois passés d'abord dans la crainte, plus tard dans le désespoir d'une récidive ; c'est à peine si l'on peut citer trois ou quatre exemples de guérison durable, lorsqu'il s'agit d'un cancer.

Quelle est donc, d'après le M. Le Fort, la conduite à tenir dans un cas de cancer du larynx ? — Si le cancer est encore au début, s'il est nettement limité, il faut faire la laryngotomie, ouvrir le larynx et enlever les parties malades. Si cette opération n'a malheureusement guère de chances d'arrêter le mal, elle a, du moins, cet avantage de ne pas être dangereuse par elle-même. — Si le chirurgien est appelé trop tard, il n'y a plus d'espoir de sauver la vie du malade et il faut recourir au seul moyen de la prolonger, à la trachéotomie. Celle-ci n'a pas seulement pour effet de prévenir l'asphyxie, elle agit encore en supprimant le passage de l'air dans le larynx, et en écartant cette cause puissante d'irritation, elle contribue à rendre plus lente la marche du mal. Après la trachéotomie, toute exploration laryngoscopique, toute action directe sur le cancer doivent être supprimées.

Voici, en outre, comment M. Le Fort apprécie la manière dont Frédéric III a été soigné : « L'illustre malade, dit-il, entouré d'un trop grand nombre de médecins, se contrôlant, se jalousant, a été par cela même fort mal soigné. Non seulement on se livrait sur lui à des explorations laryngoscopiques aussi répétées qu'inutiles et nuisibles ; mais il a été plusieurs fois soumis à des extirpations partielles, parfois sous le prétexte futile de soumettre à l'examen histologique des parcelles de la tumeur. On ne saurait trop, au nom de la clinique, condamner de semblables manœuvres ; car l'expérience nous a appris que toute incision partielle d'un cancer a pour effet constant et fatal d'activer la marche du mal. »

Des fistules pyo-stercorales (2).

Le professeur Trélat consacre une leçon intéressante au traitement chirurgical de ces fistules : il faut tenir en grande défiance les fistules pyo-stercorales ombilicales et celles qui résultent de suppurations parties des organes génitaux de la femme. Les premières ont souvent un trajet long et compliqué ; les secondes comportent des adhérences profondes et étendues, dangereuses à aborder et rebelles aux diverses méthodes thérapeutiques.

(1) *Bulletin médical*, juillet 1888.

(2) *Progrès médical*, n[os] 31 et 32, 1888.

Dès que le diagnostic de fistule pyo-stercorale est établi, il y a lieu d'ouvrir largement la cavité de l'abcès, de la nettoyer, de la desinfecter dans toute son étendue. Si l'on reconnaît que la fistule intestinale est unique, accessible, qu'elle ouvre dans un intestin non déformé; qu'elle n'est pas entourée de masses volumineuses ou de gâteaux d'adhérences, on peut, séance tenante, procéder à la dissection des bords muqueux de la fistule, à l'ouverture du ventre et à la suite de l'opération : intestin amené au dehors, suturé, réduit; paroi abdominale suturée. On a soin de tout disposer avant l'opération, en vue d'une laparotomie possible.

Si, au contraire, après avoir ouvert l'abcès, on ne reconnaît pas aisément l'orifice intestinal, s'il est profond, difficile à aborder, s'il existe plusieurs orifices distincts, s'il y a autour ou à côté de l'intestin des masses indurées, si l'on craint que l'intestin ne puisse être libéré, il faut renoncer, au moins provisoirement, à l'entérorraphie; on se borne à modifier par la cautérisation ignée les parois de l'abcès et à provoquer ainsi leur rétraction cicatricielle. Lorsque certains de ces obstacles disparaissent par la suite, il est alors temps de faire secondairement l'entérorraphie.

Lorsqu'au contraire, toutes les difficultés du premier moment persistent (fistules multiples, anfractueuses, adhérences profondes et larges), l'entérorraphie sera inexécutable et devra être définitivement rejetée. On n'a plus d'autre ressource que de poursuivre la guérison par la cautérisation de la cavité de l'abcès et des bords de la fistule. Tout espoir de guérison ne sera donc pas perdu; au moins l'infirmité sera-t-elle rendue moins grave et moins gênante.

Du glaucome.

Le Dr H. Parinaud (1) se livre à des considérations pratiques très intéressantes sur le *glaucôme* qui est trop fréquemment méconnu par les médecins ne s'occupant pas spécialement d'ophthalmologie.

Le glaucôme est essentiellement caractérisé par l'exagération de la tension intra-oculaire. Cet excès de tension, par la pression exercée sur les différentes parties de l'œil, tient sous sa dépendance tous ou presque tous les symptômes de l'affection. Les variétés cliniques dépendent de la part plus ou moins prépondérante de l'une ou l'autre des deux causes les plus fréquentes du glaucôme, les *altérations de nutrition* et une *influence nerveuse.*

Les altérations de nutrition sont particulièrement de nature sénile. Le glaucôme est une affection de l'âge mûr et s'observe fréquemment chez les arthritiques qui sont exposés aux dégénérescences séniles précoces. Les hémorrhagies qu'on observe assez fréquemment soit dans la rétine, soit dans la choroïde, sont la preuve que l'altération des vaisseaux joue un rôle important, sinon prépondérant.

Si le glaucome n'est pas une névrose, on ne saurait exclure l'action nerveuse dans le processus glaucomateux. On peut en effet souvent constater l'influence sur le glaucôme — principalement sur les prodromes et les poussés aiguës — des violentes émotions, de l'excès de travail, de l'insomnie et en général, de tous les états auxquels succède la dépression nerveuse.

Les prodromes du glaucôme sont caractérisés par un trouble passager de la vision qui se montre soit le matin, au réveil, soit dans la journée, dure quelques heures et disparaît sans laisser de traces. Ce trouble visuel apparaît quelquefois sans cause appréciable; mais, chez certaines personnes, il est manifestement influencé par l'insomnie, par la digestion, par le travail intellectuel, etc. Un symptôme qui caractérise nettement la signification de ce trouble visuel, ce sont les *cercles irisés* autour des lumières, semblables à ceux que l'on voit en hiver autour des becs de gaz, à travers une vitre couverte de buée.

L'amblyopie transitoire glaucomateuse s'accompagne généralement de *douleurs* oculaires et périorbitaires, ou tout au mois d'une sensation d'engourdisssement pénible ou encore d'œil trop volumineux.

Ces trois symptômes, trouble visuel passager avec cercles irisés et douleurs périorbitaires, sont les indices certains de l'imminence du glaucôme.

Le *glaucome chronique* peut s'établir insensiblement de cette manière. Il commence quand la vision ne reste plus intacte dans l'intervalle des accès. L'altération de la vision est pour le malade le fait dominant et qui le préoccupe. Le champ visuel est rétréci surtout du côté nasal.

L'œil est dur au toucher, la pupille dilatée a quelquefois une coloration verdâtre sale. L'iris immobile et décoloré est refoulé en avant. La cornée est le siège d'un trouble diffus qui donne plutôt l'idée d'un trouble de l'humeur aqueuse que de la cornée elle-même ; sa surface a un aspect chagriné.

Le trouble de la cornée et des autres milieux rend parfois l'examen du fond de l'œil difficile. Quand on peut distinguer la pupille, on la trouve excavée.

Dans les poussées aiguës, on constate l'aggravation des symptômes précédents : il s'y joint des douleurs périorbitaires qui s'irradient parfois dans la face et une injection du globe d'un degré très variable.

Le *glaucome aigu*, qui n'est que l'exagération des poussées aiguës du glaucome chronique et des petits accès prodromiques, revêt l'aspect d'une ophthalmie intense, bien qu'il n'y ait pas d'inflammation proprement dite. L'œil est rouge et saillant; il y a un certain degré de chémosis. Les paupières sont parfois très tuméfiées. L'œil est dur et donne au toucher la sensation d'une bille de marbre. La pupille, si elle est visible, est dilatée et immobile. La cornée est trouble et insensible.

Les douleurs sont atroces, s'accompagnent d'une grande prostration et parfois de vomissements incoercibles. La vue peut être complètement perdue après un premier accès. Parfois les symptômes di-

(1) *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, août 1888.

minuent après quelques jours, même sans intervention thérapeutique, et le glaucôme passe de l'état aigu à l'état chronique.

Le traitement du glaucome est surtout chirurgical ; cependant le traitement médical ne doit pas être négligé. Les accès prodromiques cèdent presque toujours, au moins pour quelque temps, avec l'ésérine instillée de trois à cinq fois par jour (5 centigr. de sulfate d'ésérine pour 10 gr. d'eau) ; ce médicament n'est pas moins utile dans le glaucome aigu et dans le glaucome chronique. La pilocarpine jouit des mêmes propriétés et doit être préférée lorsqu'on prolonge l'usage des myotiques. La pilocarpine, moins active, doit être employée à doses plus fortes (0,25 centigr. de chlorhydrate de pilocarpine pour 10 gr. d'eau).

On évitera d'employer l'atropine, même quand la maladie revêt la forme inflammatoire. Tous les mydriatiques sont mauvais dans le glaucome. Une seule goutte d'atropine peut développer un accès aigu. — La quinine paraît seconder avantageusement l'action des myotiques.

Dans le glaucôme aigu, les sangsues, tout en exagérant parfois les douleurs immédiatement après leur application, amènent généralement une détente salutaire. — L'hygiène des glaucomateux doit être également surveillée ; ils éviteront les violentes émotions, l'excès de travail intellectuel, l'insomnie, la dépression psychique. — Il faut en outre que les malades, qui sont généralement hypermétropes avec une presbytie précoce, aient, pour le travail, des verres suffisants pour prévenir les efforts d'accommodation.

Tant que le glaucôme est prodromique, c'est-à-dire, tant que l'acuité visuelle reste sensiblement normale après les accès, tant qu'il n'y a pas de poussées aiguës caractéristiques, il est préférable de s'abstenir de toute opération si l'on peut surveiller le malade.

L'iridectomie est surtout indiquée dans le glaucôme aigu. Dans le plus grand nombre des cas, les douleurs cessent immédiatement, et, après quelques jours, la vision se rétablit plus ou moins complètement. Dans le glaucome chronique avec poussées aiguës, l'iridectomie donne encore de beaux résultats et arrête le processus pour un temps plus ou moins long.

Lorsque les récidives se reproduisent assez rapidement, il reste la ressource de la sclérotomie qui se pratique dans la chambre antérieure, suivant le procédé de Wecker, ou dans la sclérotique proprement dite, en arrière du corps ciliaire, suivant le procédé de Parinaud. Comme instrument, le couteau de Graefe est seul nécessaire. On pénètre dans la sclérotique entre les muscles droits, entre le droit supérieur par exemple, et le droit externe. On relève la paupière avec un doigt de la main gauche, qui en même temps fixe la tête, puis, recommandant au malade de regarder fortement dans la direction opposée, on ponctionne la sclérotique à 7 ou 8 millimètres de la cornée en enfonçant le couteau de 4 à 5 millimètres. Après un temps d'arrêt, on fait exécuter un quart de tour à la lame et, en la retirant, par un léger mouvement de scie, on pratique une incision perpendiculaire à la première, de manière à obtenir une petite plaie triangulaire en piqûre de sangsue, particulièrement favorable à la filtration. Cette opération n'est pas douloureuse, même sans cocaïne, à la condition que l'on évite le voisinage des muscles. On peut employer la sclérotomie dans tous les cas de glaucome et ne recourir à l'iridectomie que si elle est insuffisante.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Cessions de clientèles (*Suite et fin*).

Cette obligation, en quoi consistera-t-elle ? Il est difficile de le dire complètement, l'imagination des contractants pouvant se donner sur ce point libre carrière et s'ingénier à trouver les combinaisons les plus propres à fixer dans le cabinet du cessionnaire les clients « ondoyants et divers » qui avaient donné leur confiance au cédant. En général, celui-ci doit faire connaître ses clients, leur présenter le cessionnaire, déduire devant eux les raisons tirées de sa science, de son habileté, de son zèle qui l'ont porté à lui confier les clients qu'il est obligé de quitter, initier son confrère à tous les secrets que lui a révélés son expérience sur les maladies qui sévissent le plus habituellement dans le pays et l'efficacité particulière de tels ou tels traitements qu'il a institués en certains cas. Aux yeux du client le successeur devient ainsi dépositaire d'une science précieuse dont il ne tient qu'à lui, en le faisant appeler, d'éprouver les effets bienfaisants. Laurent, que je vous citais tout à l'heure, n'est pas tendre pour ce genre de conventions. Il s'en exprime ainsi dans sa rude franchise : « Le cédant est intéressé, dit-il, à recommander le cessionnaire. Celui-ci peut ne pas mériter la confiance sollicitée pour lui. C'est un conflit entre la conscience et la cupidité et dans cette lutte, il arrive trop souvent que le devoir est sacrifié à l'intérêt. » C'est là, évidemment, le vice à redouter des contrats de cette nature, mais il ne faut pas uniquement envisager les choses par les abus qu'elles peuvent amener ; d'autant plus qu'il y a tout lieu de croire que l'on aura rarement à les déplorer. Le médecin, en effet, s'attache forcément à sa clientèle, il l'aime comme on aime l'œuvre de toute sa vie et je me refuse à croire que l'homme qui aura longtemps su mériter la confiance de ses clients, qui se sera constamment dévoué pour eux, ira, poussé par un vil esprit de lucre, les livrer à prix d'argent aux mains incapables et indignes d'un médecin sans talent et dépourvu d'honnêteté.

Quel sera, en général, le prix de la clientèle ainsi cédée ? il est impossible de le déterminer d'une manière absolue, mais il faut dire en principe qu'il devra être très modéré. Le persuader aux cessionnaires qui le paient est facile, c'est prêcher des convertis ; mais en convaincre les cédants est une tâche plus ardue. Qu'ils n'oublient pas cependant combien la transmission de la clientèle est incertaine et précaire. Ils ne cèdent qu'une espérance. Que peut-on vendre l'espérance ? C'est le pain du pauvre, puisqu'il en vit, dit-on ; il ne faut donc pas le taxer trop cher. D'ailleurs, les jeunes gens qui achètent des clientèles ne sont pas riches en général ; croyez-bien que, sans l'aiguillon du besoin,

ils attendraient, vivant de leur patrimoine, que leur travail et leur persévérance leur eussent fait une place au soleil qui luit pour tous. En stipulant des prix trop élevés, les médecins cédants risquent de faire oublier à leurs cessionnaires obérés leurs devoirs si bien résumés dans cette belle devise : *Obliquum fuge, ama rectum*. Ils s'exposent eux-mêmes à de graves mécomptes ; car souvent il arrive que, fléchissant sous le poids d'engagements trop lourds, le cessionnaire cherche à s'y dérober et quelquefois y réussit. Grand est alors, en effet, l'embarras du cédant. Que doit-il faire ? S'adresser aux tribunaux ? C'est toujours d'un effet fâcheux, toujours aussi long, incertain, aléatoire. A l'Association ? C'est abuser de son bon vouloir que de la charger de concilier des intérêts inconciliables. C'est donc un mal d'une guérison difficile et qu'il faut prévenir en fixant un prix en rapport équitable avec la véritable valeur du service rendu.

Vous avez pu voir, Messieurs, par ces considérations très rapides, partant fort incomplètes, quels problèmes délicats soulève la question de la cession de clientèle. Pour me résumer en conclusions pratiques, je dirai qu'un médecin ne peut faire de sa clientèle l'objet d'un contrat de vente. Tout ce que souffre la jurisprudence, c'est qu'il s'engage, moyennant un prix, à ne plus exercer sa profession dans un lieu déterminé, à présenter son successeur à ses clients et à l'aider à gagner leur confiance. Ainsi limitée, cette convention est valable (1).

Mais à quels dangers n'expose-t-elle pas ceux qui en usent et combien souvent le véritable caractère de la profession médicale risque d'y être méconnu et sa dignité d'y sombrer ! C'est l'introduction d'un pacte commercial avec toutes les idées de trafic que le commerce éveille dans une profession à laquelle les usages et les tendances du commerce répugnent au plus haut point. Certes, nous n'avons point méconnu la valeur des raisons invoquées en faveur de la cession de clientèle ; mais combien il serait plus digne et plus désirable que la clientèle médicale ne fût l'objet d'aucun marché ouvert ou déguisé. Souhaitons donc de toutes nos forces de voir luire le jour où, grâce à la prospérité de vos Associations, les besoins, qui seuls peuvent encore faire excuser des contrats de ce genre, auront disparu et où toutes les clientèles, même celles des plus humbles, passeront non aux plus offrants, mais aux plus dignes.

DUTHIL.

(*Journal de médecine de Bordeaux.*)

Médecins et Commissions administratives.

Jusqu'à ces derniers temps, l'hôpital de Saint-Chamond possédait un médecin et un chirurgien titulaires : le docteur Fredet, chirurgien, avait rempli pendant vingt ans les fonctions de suppléant. Le docteur Charrin, médecin, avait été suppléant pendant dix ans.

(1) Nous n'acceptons pas les considérations qui suivent et quelques-unes de celle qui précèdent. Nous nous rendons mieux compte que M. Duthil des nécessités de la vie d'un grand nombre de médecins et nous considérons non seulement comme licite, mais encore comme fort honorable et avantageux pour les deux parties le contrat de cession d'une clientèle, partie du maigre patrimoine d'une famille médicale, précieuse ressource pour l'âge avancé du praticien, pour sa veuve, pour ses enfants. Ces contrats n'ont pas besoin d'être excusés et ils seront de plus en plus fréquents, parce qu'ils favorisent les deux parties sans pouvoir nuir à leurs clients. A. C.

Le service était en outre assuré par des suppléants : le docteur Mermet avait été nommé à ces fonctions en 1884, à la suite d'un concours sur titres dont le jury était présidé par le regretté docteur Magnien ; le docteur Hyvernat était depuis peu médecin suppléant.

Notons que les médecins suppléants ne touchant aucun appointement, devaient à chaque vacance succéder aux titulaires (Règlement).

Nous n'avons pas à faire l'éloge de ce personnel médical qui est estimé et apprécié de tous les médecins de notre région. Nous ne croyons pas qu'on ait jamais eu quelque reproche à lui adresser.

D'après le règlement en vigueur, les médecins ont plein pouvoir dans la salle pour tout ce qui regarde le service (art. 12). L'article 7 très explicite est le suivant :

« Aucun malade ne peut, sous quelque prétexte que ce soit, sortir de l'hôpital sans la permission du médecin aux soins duquel il est confié, ou de la sœur à laquelle le médecin aura préalablement donné cette autorisation ; le malade ainsi autorisé est tenu de rentrer à l'heure exacte qui lui aura été assignée. »

C'est la violation de cet article qui a causé un conflit entre les médecins et l'administration.

La veille du 6 mai, jour des élections municipales, les médecins préviennent les malades qu'ils ne sortiront pas le lendemain. Ils étaient évidemment dans leur droit, puisque l'article 7 leur en donnait le pouvoir. Ils ne commettaient pas un abus d'autorité, car dans les hôpitaux les malades ne sortent jamais pour aller voter. Il ne faut pas confondre à ce sujet les asiles de vieillards, les maisons de retraite pour infirmes dont les pensionnaires sortent régulièrement à des jours déterminés, avec les hôpitaux, services actifs, contenant des malades en cours de traitement. L'expérience a prouvé les fâcheux effets des sorties sur les malades, dont l'état en est presque toujours aggravé. Aussi dans les grands hôpitaux que nous connaissons les malades n'ont-ils pas de sortie même les jours de vote (1).

Cette mesure est sage ; elle protège les malades, et son caractère de généralité évite toute interprétation fâcheuse.

Nos confrères étaient dans leur droit, leur décision était sage. Cependant le 6 mai, des malades sortent, autorisés par l'économat. Le 11 mai, les médecins se plaignent à l'économe qui prétend avoir été autorisé par l'un d'eux à accorder des sorties.

Le 12, samedi, les médecins réunissent les malades et les préviennent qu'il ne leur est pas accordé de permission de sortie pour le lendemain.

Le 13, dimanche, nouvelle sortie des malades. Plusieurs d'entre eux rentraient ivres ; l'un d'eux même ne revient que le lendemain. Il avait la permission de découcher de l'économe qui avait encore une fois autorisé les sorties.

Le 14, lundi, les médecins signent l'exéat de tous les délinquants. Le Président du Conseil d'Administration, averti par l'économe, annule l'exéat et fait maintenir les malades jusqu'à nouvel ordre. Pendant toute la journée, désordre complet à l'hôpital ; les malades rentrent et sortent à leur gré ; ils ne viennent même pas à la salle aux heures de distribution des vivres et des médicaments.

Devant ce mépris de leur autorité et du règlement, devant cette double insulte à leur caractère, les médecins adressent à l'Administration une lettre de démission motivée. Les médecins suppléants se joignent à eux. Leur cause n'est-elle pas commune ?

L'Administration réunit les médecins le vendredi 18 mai. Elle maintient rigoureusement l'article 7 dont la violation avait amené le conflit ; elle demande aux médecins une lettre rectificative à la presse ; elle réintègre les malades renvoyés ; elle prie enfin les médecins de continuer leur service jusqu'à la nomination des délégués du Conseil municipal.

En maintenant l'article 7, la Commission donnait raison aux médecins. Elle ne leur reprochait pas d'a-

(1) Cependant l'hôpital n'est pas une prison. Chacun est libre d'en sortir quand il le veut ; mais pour y rentrer, il doit se faire admettre de nouveau à la visite.

voir abusé de leur autorité, puisqu'elle leur rendait cette autorité sans aucune modification dans le règlement. Elle reconnaissait implicitement que les médecins avaient raison et que l'économe avait mal agi. Il semble donc qu'il était raisonnable de refuser la démission des médecins ; mais il n'en a pas été ainsi.

Les choses ont traîné en longueur. L'économe, auteur du conflit, était renvoyé. Cependant les médecins étaient toujours à leur poste, remplissant leurs fonctions en attendant la réponse promise qui ne venait pas.

Le Maire, Président du Conseil, est médecin.

Le jour où après deux mois d'attente, les médecins préviennent l'Administration que leur situation ne peut durer plus longtemps, celle-ci répond par l'acceptation de leurs démissions. Bien plus, elle nomme son Président le docteur Fabreguettes, médecin à l'hôpital et ce qui semblera étrange, le docteur Charrin, le principal instigateur des démissions, chirurgien en chef pour dix ans !

Il est inutile de dire que le docteur Charrin a refusé d'entrer dans cette combinaison, par la lettre suivante adressée au Président du Conseil : « Ma nomination dans les circonstances présentes, me fait l'effet d'une plaisanterie ou d'une insulte : une plaisanterie parce que c'est moi qui ai provoqué les démissions ; une insulte parce que vous me supposez capable d'abandonner mes confrères. Je ne puis donc accepter votre proposition et ne rentrerai qu'avec mes confrères, et dans toutes les conditions de nos nominations : plus que jamais nous restons solidaires. »

Voici le texte de la décision administrative remise aux médecins démissionnaires.

Nous en discuterons chaque article :

La Commission Administrative est d'avis que MM. les médecins et chirurgiens de l'hospice n'ont pas eu raison, en donnant leur démission, de prendre une décision hors de proportion avec le motif qui l'a occasionnée.

De s'être solidarisés et d'avoir fait une véritable coalition en se retirant tous à la fois, y compris les médecins-adjoints qui n'étaient sous aucun rapport intéressés dans le débat.

D'avoir voulu tenir la Commission en échec, et la mettre dans l'impossibilité d'assurer le service médical de l'hospice.

Se plaçant à autre point de vue,

La Commission estime :

Qu'il y a un grand inconvénient à ce que les médecins et chirurgiens titulaires acquièrent par le fait même de leur nomination le droit de rester en fonctions, quoi qu'il arrive, jusqu'à un âge déterminé, et de bénéficier d'une sorte d'inamovibilité.

Qu'il y aurait au contraire grand avantage à ce qu'elle puisse, pour remplacer un titulaire, choisir librement son successeur, sans être liée ni engagée avec un médecin ou un chirurgien suppléant, pas plus par son propre choix que par le choix des Commissions qui l'ont précédée.

Par ces motifs : La Commission *est heureuse* que MM. les médecins et chirurgiens lui aient donné la liberté d'organiser le service médical dans des conditions conformes à ses vues et à l'équité.

Elle accepte leur démission.

La Commission est persuadée que MM. les médecins comprendront que sa décision n'est pas une mesure de représailles ou de défiance, mais qu'elle n'a en vue que de constituer une organisation meilleure pour le bien du service.

L'affaire de Saint-Chamond est sérieuse, parce qu'elle appelle l'attention des pouvoirs publics sur la situation des médecins dans les hôpitaux ; elle est sérieuse, parce que les pauvres malades font les frais de cette lutte.

La Commission des hospices de Saint-Chamond a commis la faute de ne pas rendre à leurs services des hommes méritants dont sa conduite avait causé la protestation.

Quoiqu'elle s'en défende, ses mesures sont des mesures de représailles et de défiance. L'équité qu'elle invoque doit lui conseiller de revenir en arrière, de son propre mouvement.

(*Loire Médicale*). Dr DUCHAMP.

Un refus de secours à la veuve d'un membre de l'Association générale.

Dans son n° du 11 août, la *Province médicale* raconte que dans le bureau d'une Société locale de l'Association générale, un secours aurait été refusé à la veuve d'un médecin, membre de l'Association, décédé depuis quelques mois, parce que la *demanderesse avait vécu en concubinage avec le sociétaire, décédé, plusieurs années avant de se marier avec lui.*

Le rédacteur de la *Province* demande à ce propos, que les bureaux soient entièrement formés à l'élection. Nous ne comprenons pas cette réclamation, puisque les bureaux, toutes les cinq années, doivent être nommés au scrutin.

Mais nous estimons qu'il y aurait grand intérêt à ce que le Conseil général fît une enquête sur le fait odieux signalé par notre collègue.

SYPHILIOGRAPHIE

Accidents nerveux de la syphilis secondaire : hystérie et épilepsie ; névroses du grand sympathique.

(Clinique de M. le professeur FOURNIER.)

La syphilis secondaire a une action incontestable sur les névroses, soit en les provoquant, soit en modifiant leur symptomatologie, lorsqu'elles existent préalablement.

Elle peut, en effet, déterminer une exacerbation des symptômes de la névrose en voie d'évolution. Le fait est très fréquent pour l'hystérie. Il est habituel aussi de voir des hystéries, calmées depuis longtemps, se réveiller violemment sous cette influence.

Ce qui a lieu pour l'hystérie se produit également pour l'épilepsie. Lorsque la syphilis survient chez un épileptique, il est de règle que les accès deviennent plus fréquents. C'est ainsi qu'une femme du service, âgée de 27 ans, épileptique, mais qui depuis dix ans n'avait eu que six accès, présenta onze accès en quatre mois, après l'invasion de la syphilis.

Les faits de ce genre sont très fréquents ; mais une question plus discutable est de savoir si la syphilis secondaire peut provoquer ou créer des névroses qui n'existaient pas auparavant. Or, cela paraît incontestable, tout au moins pour l'hystérie. Assez souvent, en effet, on voit des phénomènes hystériques se montrer en même temps que la syphilis, et cela dans deux catégories de cas : ou bien chez des femmes n'ayant jamais présenté rien de semblable jusque-là et ne méritant même pas l'épithète de nerveuses ; ou bien, ce qui est plus fréquent, chez des névropathes plus ou moins accentuées.

Pour comprendre cette action, il faut se rappeler que beaucoup de causes différentes peuvent provoquer l'hystérie, depuis un simple traumatisme jusqu'aux diverses intoxications. Quant à la question de savoir s'il s'agit là d'hystérie vraie ou de phénomènes simplement hystériformes, on ne peut se prononcer d'une façon certaine ; il est probable cependant que la syphilis peut avoir ici un rôle double. Il n'est pas douteux que chez certaines femmes prédisposées, elle ne puisse produire une hystérie véritable ; mais, d'autre part, il est probable qu'un très grand nombre des hystéries syphilitiques ne

sont que des accidents hystériformes, car la plupart sont passagères et fugaces et disparaissent avec les symptômes de la syphilis.

— Il y a des cas, tout à fait exceptionnels, il est vrai, dans lesquels le nervosisme secondaire se traduit par des phénomènes épileptiques. Il faut cependant être prévenu de ce fait que certains sujets au moment de la syphilis secondaire peuvent avoir des attaques en tout semblables à celles de l'épilepsie. Une femme a eu ainsi dans le service une crise typique, bien qu'elle n'eût jamais rien présenté de semblable et que ses antécédents fussent tout à fait indemnes de tare nerveuse. M. Fournier a observé aussi, en 1867, un jeune homme qui, en pleine période secondaire, eut une attaque épileptique suivie de plusieurs autres, avec cris, morsure de la langue, etc. Un grand nombre de consultants furent appelés auprès de ce malade qui n'avait jamais rien eu de semblable. D'ailleurs, après un traitement bien suivi, ces accidents disparurent complètement et n'ont pas reparu depuis vingt ans.

On n'a observé jusqu'ici dans ces conditions que le grand mal ; jamais le petit mal, ni de troubles intellectuels. Cette épilepsie et d'ailleurs d'un pronostic favorable. Elle est essentiellement transitoire; traitée comme la syphilis, elle a toujours guéri et guérirait probablement spontanément même sans traitement ; aussi peut-on conclure que ce n'est pas là de l'épilepsie vraie ; ce sont des accidents comparables, jusqu'à un certain point, à l'éclampsie.

— Le grand sympathique peut être influencé aussi de différentes manières par la syphilis secondaire. Il en peut résulter tout d'abord des troubles de caloricité se manifestant soit par des refroidissements partiels, soit par un froid général.

Les algidités locales ont été signalées dès le début de la syphilis ; elles consistent surtout dans le refroidissement des extrémités : nombre de femmes présentent ce phénomène à la période secondaire. C'est un accident nerveux qui peut se montrer à divers degrés. Chez certaines malades, le froid gagne l'avant-bras et la jambe. Cet état constitue souvent plus qu'une incommodité ; c'est une infirmité véritable pouvant empêcher les malades de travailler.

Chez d'autres malades, ce phénomène consiste dans un refroidissement général, qui peut devenir un véritable état de souffrance. Dans des cas exceptionnels, même, le refroidissement peut amener une sorte de grelottement continu, alors même que la température extérieure est très élevée.

La production de ce refroidissement est due à un trouble de la circulation, et, de fait, celle-ci est plus ou moins modifiée. Le pouls est faible, dépressible, quelquefois même filiforme et misérable, et le tracé obtenu par le sphygmographe est celui de tous les états algides.

Ces phénomènes sont en général assez rebelles, ils durent cinq ou six semaines ou même plusieurs mois. Ils ne sont pas graves par eux-mêmes, mais ils ont un pronostic indirect mauvais. Il est d'observation, en effet, qu'ils se produisent surtout chez des femmes fortement éprouvées par la syphilis secondaire, et que les syphilis accompagnées de ces manifestations sont généralement graves.

La pathogénie de ces accidents est simple et il est certain qu'ils proviennent du trouble fonctionnel du grand sympathique, lequel préside aux fonctions de circulation locale. Le fait, il est vrai, est en contradiction avec les théories anciennes d'après lesquelles la syphilis à la période secondaire ne pourrait intéresser que les parties superficielles de l'organisme ; mais on sait maintenant que, dès ce moment, elle peut être viscérale et que dès son origine elle est généralisée à tout l'organisme.

— On peut rapprocher de ces troubles de calorification ceux qui consistent dans des poussées sudorales auxquelles sont fréquemment sujettes les femmes atteintes de syphilis à la période secondaire. Ces sueurs se présentent tantôt pendant le sommeil, tantôt à l'état de veille et sont générales ou partielles. Il est fréquent, par exemple, de voir ces malades avoir constamment les mains mouillées. Il y a d'ailleurs des degrés très variables à cette hyperhydrose dont la durée est éphémère et ne dépasse guère quelques semaines, rarement plusieurs mois. Elle coïncide quelquefois avec l'algidité. C'est encore là, du reste, un trouble dépendant du grand sympathique.

— La syphilis secondaire peut intéresser aussi les viscères et déterminer des névroses viscérales. Parmi les accidents de cette catégorie, on peut tout d'abord signaler la dyspnée qui peut se montrer sous forme d'accès durant quelques minutes. C'est un phénomène d'ailleurs assez rare.

Le système circulatoire est plus souvent éprouvé. Ce sont surtout alors des palpitations avec accélération et impulsion plus violente des battements et angoisse précordiale. Ces sensations sont très intermittentes et peuvent être provoquées ou spontanées ; elles ne s'accompagnent d'aucun signe pouvant faire penser à une lésion cardiaque ; elles sont exclusivement sous la dépendance d'un état nerveux du cœur en rapport lui-même avec le nervosisme secondaire généralisé.

Un autre phénomène beaucoup plus rare et de même origine consiste dans des irrégularités cardiaques dont le malade n'a pas conscience et qu'on n'apprécie guère qu'au sphygmographe.

— Les troubles nerveux du système digestif sont beaucoup plus fréquents et se rencontrent surtout chez les femmes. Ce sont tout d'abord des phénomènes douloureux, gastralgie et dyspepsie, auxquels la syphilis peut prédisposer facilement par la chloro-anémie et l'asthénie qu'elle détermine ; mais ces accidents n'offrent rien de spécial à noter : ce qui est particulier dans ces cas, ce sont des vomissements. Certaines syphilitiques, en effet, sont prises de vomissements à la façon d'une femme enceinte ; ces accidents coïncident souvent avec la gastralgie et la dyspepsie, mais quelquefois aussi il n'y a aucune souffrance de l'estomac ; il y a une sorte d'intolérance gastrique qui fait que, dans certains cas, tout est rejeté, même le lait et les boissons simples ; cet état peut se prolonger assez longtemps, quels que soient les moyens qu'on emploie pour le combattre.

Du côté de l'intestin, on peut voir se produire de l'entéralgie avec des coliques très pénibles.

— Les troubles de l'appétit ont beaucoup plus d'importance. Ils sont très divers et se rapportent à deux ordres de symptômes opposés. Tantôt, en effet, il y a diminution de l'appétit : tantôt, au contraire, il y a augmentation pouvant aller jusqu'à la boulimie et comparable à ce que l'on voit dans le diabète.

La diminution de l'appétit est ce que l'on voit le plus fréquemment : c'est un phénomène très habituel qui peut durer quelques semaines et se reproduire au moment des poussées successives de la syphilis secondaire. Mais ce phénomène peut se transformer en une anorexie complète, absolue,

analogue à celle de l'hystérie. Ces malades ne mangent absolument rien et ont une répugnance complète pour tout aliment, et cela sans aucun embarras gastrique.

La cause de cette inappétence est une véritable névrose de l'estomac, constituant un état très sérieux et très difficile à traiter parce que les malades ne tolèrent pas plus les médicaments que les aliments. On doit alors administrer le traitement spécifique sous forme de frictions et donner l'iodure de potassium en lavements. Mais il faut surtout essayer de relever l'appétit par des excitants tels que l'exercice et le grand air, les douches froides, les frictions sèches et le massage. A l'intérieur, on peut donner le café qui, à petites doses, produit de bons effets.

— A côté de l'anorexie vient se placer la boulimie, phénomène singulier, mais dont les exemples sont cependant maintenant fort nombreux. C'est un accident des premiers temps de la période secondaire ; on le rencontre tout particulièrement chez la femme, bien qu'on l'ait observé aussi chez l'homme. Il consiste dans une exagération de l'appétit qui finit presque toujours par amener des troubles nutritifs et digestifs.

Il y a dans cet état différents degrés : lorsque la faim n'est pas trop prononcée, elle est souvent regardée comme un symptôme favorable ; mais il n'en est plus de même lorsque l'appétit est si violent que certaines malades, ne pouvant jamais se rassasier, mangent presque constamment et même la nuit. Il y a quelquefois aussi exagération de la soif, mais il n'y aucune parité entre les deux phénomènes.

Cette perturbation de l'appétit ne donne pas toujours lieu, ainsi qu'on serait tenté de le croire, à des troubles digestifs bien marqués. Le plus souvent, cependant, on observe de la pesanteur du côté de l'estomac, des malaises et, quelquefois des vomissements ; du côté de l'intestin se produisent des coliques et de la diarrhée qui persistent aussi longtemps que la boulimie. Il en résulte des troubles nutritifs et on constate que ces gros mangeurs, loin d'engraisser, s'amaigrissent progressivement.

La boulimie syphilitique est très variable dans sa durée qui peut être de quinze jours au minimum, de plusieurs semaines ou de plusieurs mois. Elle cesse ordinairement brusquement, mais peut reparaître à plusieurs reprises. Ce sont bien là les caractères des névroses.

Cette complication, qui n'a guère que l'inconvénient d'amener souvent des troubles gastriques, présente cependant un pronostic sérieux, car elle ne se montre guère que dans les syphilis secondaires graves à symptômes nerveux multiples : aussi doit-on employer ici un traitement spécifique assez énergique, ce qui, avec l'hydrothérapie, est le seul moyen de combattre ce symptôme anormal.

P. L. C.

(*Journal de médecine et de chirurgie pratique*, mai 1888.)

NOUVELLES

— Dans sa séance du 13 août, le comité consultatif d'hygiène publique de France a approuvé les conclusions suivantes d'un rapport de MM. Brouardel, Pouchet et Ogier, sur l'emploi de la sacharine dans les produits alimentaires, au point de vue de l'hygiène :

1° La saccharine n'est pas un aliment et ne peut pas remplacer le sucre.

2° L'emploi, dans l'alimentation, de la saccharine ou des préparations saccharinées suspend ou retarde les transformations des substances amylacées ou albumineuses dans le tube digestif ;

3° Ces préparations ont donc pour effet de troubler profondément les fonctions digestives. Elles sont de nature à multiplier le nombre des affections désignées sous le nom de dyspepsie ;

4° L'emploi de la saccharine est encore trop récent pour que les conséquences d'une alimentation dans laquelle entrerait journellement de la saccharine, puissent être toutes bien déterminées ; mais, dès maintenant, il est établi que son usage a, sur la digestion, une influence nuisible et nous sommes en droit de conclure que la saccharine et ses diverses préparations doivent être proscrites de l'alimentation.

Légion d'honneur. — M. Yvon, pharmacien, professeur à l'Ecole municipale d'infirmiers et d'infirmières de la Salpêtrière, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

Missions scientifiques. — M. Dujardin-Beaumetz, membre de l'Académie de médecine, médecin de l'hôpital Cochin, est chargé d'une mission en Russie, à l'effet d'étudier dans les grands établissements hospitaliers et les principaux centres d'instruction médicale de ce pays, l'enseignement et les progrès de la thérapeutique.

M. Viaut, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux, est chargé d'une mission en Espagne, à l'effet d'y étudier l'organisation de l'enseignement médical.

— Il y a un an qu'est mort l'éminent académicien Giraud-Teulon.

A l'occasion de cet anniversaire, la plupart des médecins de Saint-Germain, ville qu'il habitait, voulant honorer sa mémoire, sont allés déposer une couronne sur sa tombe, témoignant ainsi tous les regrets qu'ils avaient eus, pour obéir à ses dernières volontés, de n'avoir pu l'accompagner à sa dernière demeure.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret de faire part à nos lecteurs du décès de M. le Dr Carles, d'Auterive, membre du *Concours médical*.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU CONCOURS MÉDICAL

M. le Dr Neurrisse, à Bayonne, présenté par le docteur Mora, de Bazoches-les-Gallerandes (Loiret).

M. le Dr Gustave Labitte, à Clermont, présenté par le Directeur.

RENSEIGNEMENTS THÉRAPEUTIQUES

Sels de Carlsbad artificiels.

Sulfate de soude............	100 grammes
Carbonate de soude..........	60 grammes
Chlorure de sodium..........	4 grammes

Mêlez et divisez en 10 paquets.

En prendre un le matin à jeun dans un verre d'eau.

Le Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André, 3

Dixième année | N° 36 | 8 Septembre 1888

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE

De la néphrorraphie.

M. *Guermonprez* (de Lille) a communiqué à l'Académie de médecine une observation très intéressante de néphrorraphie faite pour remédier à un rein mobile qui rendait la vie insupportable à une dame. Le succès fut complet. Cette opération a déjà été pratiquée deux fois par MM. Turgand et Duret, et plusieurs fois par M. Guyon.

L'auteur ajoute :

« Lindner, dans un travail dont on s'est occupé ces temps derniers, conseille la néphrectomie ; nous savons que cette opération a été pratiquée avec succès en France, mais il est dans les traditions de la chirurgie française de préférer les méthodes conservatrices. Dans le cas particulier de l'ectopie rénale, je pense qu'il vaut mieux ne pas proposer d'emblée de faire le sacrifice d'un rein ; il me semble que la néphrorraphie est devenue une opération très réalisable.

Lindner repousse la néphrorraphie comme donnant des résultats insuffisants. A mon avis, l'auteur a raison, par ce motif qu'il ne connaît que la *méthode allemande*, telle qu'elle a été formulée par M. le Dr Hahn (de Berlin). Il est, en effet, vraiment insuffisant de fixer la capsule seulement. — M. J. Vanneufville en a bien démontré l'erreur dans sa thèse, soutenue à Paris le 27 juillet dernier ;

« Quand on suture la capsule seulement, on obtient la fixation du rein au moyen d'une lame celluleuse, mince et transparente ; peu à peu le tissu cède, s'allonge, se relâche... et le rein redevient mobile. » — Le résultat n'est pas non plus très solide, lorsqu'on fixe le rein seulement : les points demeurent espacés les uns des autres. — Mais, au contraire, le résultat est très digne de confiance, lorsque les deux moyens sont combinés selon la *méthode française*. — Quand on fait à la fois et la suture du rein, et celle de la capsule, comme M. Duret paraît l'avoir fait le premier, comme M. le professeur F. Guyon l'a fait aussi, comme je viens de le pratiquer à mon tour — alors on obtient un ligament véritable, c'est-à-dire une pièce solide, résistante, large, épaisse, d'une parfaite continuité de tissu. — Quand le rein est fixé de la sorte, il ne semble plus possible de craindre la récidive. Cela résulte des expériences de M. Vanneufville.

La nature du fil employé est un élément dont l'importance n'échappera à personne. — On a fait l'opération au catgut ; mais le catgut se résorbe trop vite, surtout s'il est fraîchement préparé, ou s'il a été longtemps immergé dans une solution antiseptique aqueuse ; le catgut est donc un *fil infidèle* : il lâche le rein avant que le ligament ait eu le temps de se *constituer, et on aboutit à une récidive*. — On a fait l'opération à la soie antiseptique. Les fils de soie employés pour la suture du rein finissent par être éliminés lentement. Une opérée a vu cette élimination se prolonger pendant plus d'une année.

C'est pour ce motif que *j'ai préféré* le crin de Florence : il ne se résorbe jamais ; il s'enkyste, comme il arrive d'ordinaire pour la soie.

Une autre question est soulevée par cette opération : c'est la multiplicité et l'importance des *blessures du parenchyme rénal* ; mais les chirurgiens militaires ont fait connaître des faits très rassurants à ce point de vue, et M. Tuffier a présenté à la Société de chirurgie une série d'études qui démontrent définitivement la bénignité des plaies du rein. Malheureusement cet auteur n'a pas précisé quand il a dit que pour le rein flottant il y avait une opération meilleure que la néphrorraphie.

Je crois donc pouvoir conclure dans l'état actuel de la chirurgie ;

1° La néphrectomie n'est plus la seule ressource à opposer au rein flottant douloureux ;

2° La néphrorraphie, pratiquée par la méthode allemande est vraiment insuffisante ;

3° La même opération, pratiquée par la méthode française, (suture simultanée du rein et de la capsule, emploi de la soie ou du crin de Florence), peut être suivie d'une guérison complète, lorsque, les douleurs incriminées sont toutes et exclusivement attribuables à l'ectopie rénale. »

Expériences relatives à la transmission des vibrations phoniques et lumineuses.

M. *Pinel* ayant constaté qu'un carton écran vibratoire, tenu à la main par sa partie inférieure et serré par les dents au sommet, permettait la transmission d'une vibration phonique jusqu'au centre de l'audition, lorsque le son était dirigé perpendiculairement à la surface, a fait construire un premier appareil, basé sur cette expérience, pour les personnes dont l'ouïe est nulle ou faible ; l'audition, dans ce cas, semble se transmettre par l'intermédiaire des nerfs dentaires, maxillaires supérieur *et inférieur*.

Un deuxième appareil qu'il présente à l'Académie est un écran fait en bois sonore, de même nature que le bois employé dans les instruments téléphoniques.

Enfin, dans un troisième appareil, on ajoute un système microphonique à la partie postérieure, analogue à la plaque de transmission du téléphone. Cet appareil a donné de bons résultats chez les sourds-muets.

M. Pinel avait espéré que les rayons lumineux isolés, obtenus par le spectre, et projetés sur le fond du voile du palais et de l'isthme du gosier, retentiraient sur le fond de l'œil, par action réflexe, et il avait pensé pouvoir ainsi être de quelque utilité pour les personnes qui voient peu. Mais, jusqu'à ce jour, aucun résultat digne d'être enregistré n'a été obtenu.

Dans le cours de ses recherches, l'auteur a modifié l'ophthalmoscope actuel, en plaçant un petit appareil photographique au centre du miroir réflecteur. L'image de la rétine se produit d'une manière satisfaisante, et on obtient d'assez bonnes photographies du fond de l'œil.

Dangers du lavage du péritoine à l'eau trop chaude.

M. *Polaillon*, à propos de l'ablation récente d'une tumeur ovarique de 6 kilos, a fait connaître les inconvénients du lavage du péritoine à l'eau chaude.

Il a observé plusieurs fois qu'au moment où l'on établit un courant dans la cavité abdominale la respiration s'arrête et la malade se trouve en danger.

Dans un cas même la malade est morte.

Voici comment on peut expliquer ces accidents : Le contact de l'eau chaude avec le péritoine et les viscères de la région sous-ombilicale, n'est pas dangereux, mais le contact de cette eau avec la face inférieure du diaphragme ou la région du plexus solaire produit une commotion analogue à celle que détermine une contusion de la région épigastrique, et l'arrêt de la respiration en est la conséquence. Ce phénomène est d'autant plus prononcé que l'eau est plus chaude que la température du corps. Dans les trois cas où M. Polaillon a eu un accident, l'eau qui lui avait été fournie était tellement chaude qu'elle lui brûlait les doigts.

Ces accidents, contrairement à ce que l'on pourrait croire, ne sont pas dus au chloroforme : parce que, pendant les ovariotomies, les accidents par le chloroforme ne se produisent pas, sans doute parce que la syncope et l'arrêt de la respiration se produisent brusquement au moment précis où l'on injecte l'eau de lavage, alors que le sommeil anesthésique est calme et régulier. Il est possible cependant que l'influence nocive du chloroforme vienne s'ajouter à celle du lavage. Dans un cas qui a été mortel, la chloroformisation avait été fort pénible.

Malgré ces considérations, M. Polaillon croit que le

FEUILLETON

Ce que la médecine devient (*suite*).

De toutes les difficultés qui rendent l'exercice actuel de la médecine particulièrement épineux, on peut dire que la plus commune, c'est la difficulté de se faire payer.

Un médecin fait des visites dont il a soin d'inscrire tous les soirs le prix sur ses livres de comptabilité. C'est très bien ; et de cette manière il se trouve à même de prouver qu'à la fin de l'année il a gagné 3,000, 4,000, voire 5,000 fr. Oui; mais le difficile, c'est d'encaisser ces sommes !

Le voilà donc forcé, lui, l'homme de dévouement, l'homme de charité, forcé de devenir un homme d'argent, et de rappeler, à ceux qu'il a obligés, que ses bons soins n'étaient pas gratuits, que sa bienfaisance n'était pas absolument désintéressée....

*
* *

C'est le revers de la médaille.

Il faut en arriver là pourtant, car celui qui sait se faire payer sait aussi se faire respecter ; à la condition pourtant qu'il n'exagère pas ses prétentions et qu'il n'apporte pas dans sa manière de réclamer une âpreté d'usurier.

*
* *

Les recouvrements ne sont pas faciles à opérer chez les clients du voisinage ; ils le sont encore moins chez les clients éloignés auxquels la note à payer n'arrive jamais qu'à des moments inopportuns et quand les gens sont démunis d'argent.

Si la note est élevée, parce qu'elle représente la rémunération de soins donnés à l'occasion d'une maladie longue et grave, dont on a mémoire, comme d'une pneumonie ou d'une fièvre typhoïde, le client s'exécute à la longue, et il finit par payer. Mais si elle est peu importante, n'excédant pas le prix de quelques visites ou de consultations demandées de loin en loin, le client diffère le paiement à l'année qui vient, heureux s'il ne s'en tient pas quitte, parce qu'il aura reconduit le médecin jusqu'à la sortie du village après lui avoir fait la politesse d'offrir un verre de vin. *Bah ! Bah ! se dit-il, nous paierons cela avec autre chose ! M. Malcourant n'attend pas après cette bagatelle pour rouler carrosse !*

Bref, quand dix-huit mois ont passé là-dessus, la mémoire du client lui fait défaut ; ou il a changé de médecin ; ou le Dr Malcourant sera parti pour l'autre monde.

lavage du péritoine avec de l'eau chaude aseptique ou légèrement antiseptique constitue une pratique indispensable dans un grand nombre d'opérations sur la cavité abdominale. Toutefois ce lavage exige de grandes précautions parce qu'il peut produire un accident particulier, non encore signalé, la syncope respiratoire.

Traitement de l'occlusion intestinale par l'électricité.

M. *Larat* fait connaître le traitement de l'occlusion intestinale par l'électricité tel que M. *Boudet* (de Paris), le pratique en faisant représenter le pôle intestinal par une masse d'eau salée.

Voici le manuel opératoire : l'instrumentation se compose :

1° D'une pile à courants continus d'au moins de 26 éléments ;

2° D'une plaque métallique recouverte de peau de chamois et d'agaric de 9 centimètres sur 12. Il est préférable d'employer deux de ces plaques accouplées ;

3° D'une sonde en gomme munie d'un mandrin métallique creux, auquel s'adapte un tube en caoutchouc, sur lequel peut se visser la goupille d'un fil conducteur reliant le mandrin à la batterie galvanique. La sonde est pourvue d'un œil placé sur le côté, à 2 centimètres de son extrémité.

Le mandrin métallique s'arrête à un centimètre ou deux en arrière de l'œil.

Les plaques bien imbibées d'eau salée sont placées sur l'abdomen du malade et reliées au pôle négatif de la batterie, tout d'abord.

La sonde, munie de son mandrin, est introduite dans le rectum aussi profondément que possible. Le tube de caoutchouc est adapté à la canule de l'irrigateur, établissant ainsi, par l'intermédiaire du tube, du mandrin creux et de la sonde une voie non interrompue entre l'eau contenue dans l'irrigateur et la surface intestinale.

L'électrode intestinale ainsi constituée est mise en rapport avec le pôle positif de la batterie.

Le robinet de l'irrigateur est alors entr'ouvert et on laisse passer lentement la moitié de son contenu dans l'intestin. Puis on intercale dans le circuit constitué par la plaque métallique, la sonde et la masse d'eau salée, la paroi de l'abdomen et la masse intestinale, les fils conducteurs et la pile, on intercale successivement 2, 4, 6 éléments jusqu'à atteindre 35 ou 40 milliampères, et on laisse passer ce courant sans aucun choc pendant cinq minutes, en recommandant au malade de résister au besoin de défécation.

Au bout de cinq minutes, on renverse le courant en ramenant préalablement au zéro l'aiguille du galvanomètre, puis en replaçant la manette au point qu'elle occupait précédemment, ce qui donne une intensité supérieure de 5 à 8 milliampères à l'intensité fournie avec le même nombre d'éléments avant le renversement, — ceci à cause du courant de polarisation surajouté.

Puis on laisse passer ce courant en l'interrompant toutes les vingt secondes par une secousse, tant que le malade peut le supporter. Ce temps n'excède généralement pas cinq à dix minutes, car à partir du renversement, le patient est pris d'un besoin irrésistible de défécation contre lequel il doit résister, mais dont il ne tarde pas à ne plus pouvoir se rendre maître. A ce moment le courant doit cesser, la sonde doit être enlevée et le malade doit s'efforcer de rendre des matières fécales.

Trois choses peuvent se produire : ou le patient a une débâcle ne laissant pas de doute sur la libération définitive, quelques lavements ou purgatifs suffiront pour vider l'intestin ; ou quelques matières sont rendues en purée avec quelques gaz, ou enfin le lavement est rendu, à peine teinté, avec ou sans gaz.

Dans les deux derniers cas il y a lieu de recommencer l'électrisation sept ou huit heures après ; on peut faire pendant deux jours quatre ou cinq applications. Si durant ce temps, aucune matière, aucun gaz n'ont été rendus, le pronostic devient som-

---

Et comme les petites notes sont aux grosses comme dix est à un, il s'ensuit que la plupart de nos créances sont aventurées et très aléatoires.

***

Pour résumer, nous dirons que, dans l'état actuel des choses, un médecin n'a pas en général ses clients sous la main, ce qui l'oblige à des déplacements souvent onéreux et porte le prix de ses services à un taux inaccessible au commun des mortels.

Puis la dispersion des clients ne permet guère que l'homme de l'art puisse suivre sérieusement la marche d'une maladie dont il dirige le traitement.

Les malades enfin ne sauraient s'attacher à un médecin qu'ils ne voient que de loin en loin ; et ils oublient souvent, quand ils le quittent pour en prendre un autre, de reconnaître les bons soins qu'il leur a donnés.

***

Cette situation devenant de plus en plus préjudiciable à nos intérêts, il y a urgence d'aviser.

Pour qu'un médecin soit en état de vivre à la campagne, il faudra peu à peu régler l'exercice de la profession, lui préparer une organisation moins primitive, moins défectueuse, où la liberté de mal agir soit moins complète.

Le projet que nous essaierons d'ébaucher dans un prochain numéro du *Concours*, devra donc parer aux inconvénients que nous avons signalés :

1° La clientèle de chacun sera groupée de telle sorte que le praticien ait ses clients habituels à sa portée, de manière qu'il puisse les voir souvent et les visiter même plusieurs fois par jour, quand la gravité du cas l'exige ;

2° Les clients se sentiront un peu tenus et liés à leur médecin par des considérations métalliques, et ils seront contraints de payer leurs caprices ou leurs fantaisies, quand il leur plaira de les satisfaire ;

3° Les médecins, dans l'organisation proposée, conserveront l'émulation de bien faire ; mais ils ne seront plus en lutte les uns avec les autres, ce qui engendre une concurrence absolument immorale, ruineuse, malhonnête ;

4° Enfin, ils n'auraient plus à s'occuper directement du soin d'opérer le recouvrement de leurs honoraires.

Dr Perron.

ERRATUM. — Dans le précédent feuilleton, au lieu de « on paraît ne pas *se souvenir* de faire de la médecine à la campagne », il faut lire « ne pas *se soucier*... »

bre et il faut sans plus tarder passer la main à la chirurgie.

Si, au contraire, on a obtenu quelques gaz, quelques matières, il faut répéter les séances de galvanisation, tant que l'état général du malade demeure favorable.

Il arrive parfois que la débâcle a lieu plusieurs heures après l'application de l'électricité, c'est quand le bouchon stercoral est plus ou moins loin du rectum.

Telles sont les règles qui ont été tracées par M. Boudet et qui lui ont donné sur plus de 100 cas une proportion de réussite de 70 %.

M. Larat possède 19 observations qui confirment ces résultats et qui lui permettent de dire que généralement le diagnostic de la cause de l'obstruction est à peu près impossible ; dans ces dix-neuf cas, il n'a pu être fait que trois fois. M. Larat insiste sur l'inutilité des purgatifs qui augmentent les vomissements quand l'intestin est imperméable.

La débâcle obtenue par l'électricité est tantôt brusque, considérable, gazeuse en même temps que stercorale ; tantôt, au contraire, elle traîne et se fait en plusieurs jours. Une seule séance d'électrisation est souvent impuissante à l'obtenir ; il faut généralement quatre ou cinq séances. Il nous reste à déterminer dans quelles proportions on peut espérer obtenir la libération de l'intestin.

Sur les 19 cas précités, il convient d'en éliminer 3 (mauvaise application du traitement, erreur de diagnostic). Sur les 16 qui restent, nous comptons 10 succès. Un malade a succombé le lendemain, on n'était intervenu que le seizième jour de l'occlusion. Deux autres ont succombé dans le courant du mois suivant (péritonite, carcinome généralisé), mais ils étaient à ce moment débarrassés de leur occlusion.

M. Larat conclut en disant que l'électrisation galvanique doit être essayée dans le traitement de l'occlusion intestinale, chaque fois que les moyens médicaux ont échoué et que l'obstacle est évidemment infranchissable aux purgatifs. Il importe *d'électriser le plus tôt possible* : d'abord parce que le lavement électrique aura plus de chances de réussite; ensuite parce que, s'il échoue, il y aura encore possibilité d'agir chirurgicalement.

MÉDECINE PRATIQUE

Comment doit-on soigner les phthisiques ?

« C'est une chose désolante, nous écrivait récemment un de nos lecteurs, qu'une des maladies les plus fréquentes soit aussi une de celles dont la thérapeutique est encore la plus incertaine. Chaque fois que j'ai à soigner un phthisique, j'éprouve le même embarras; cependant je note avec soin dans les journaux que je reçois, notamment dans notre *Concours Médical*, tout ce qu'on publie de nouveau sur le traitement de la phthisie, et je voudrais bien en faire bénéficier mes malades. Mais c'est ici que l'embarras commence.

« Les médications les plus différentes se succèdent, toutes préconisées avec la même chaleur par leurs parrains. Comment puis-je faire un choix éclairé parmi elles ? Pour ne parler que des médications que nous avons vues défiler devant l'Académie depuis peu d'années, vous nous avez parlé tour à tour dans vos comptes rendus de cette savante compagnie, des lavements gazeux, des injections sous-cutanées d'eucalyptol, des inhalations d'acide fluorhydrique. J'ai d'abord fait acheter à plusieurs de mes phthisiques les appareils spéciaux de M. Bergeon, plus ou moins modifiés; j'ai injecté de l'eucalyptol sous la peau.... Chacun de ces moyens a paru agir sur mes malades pendant quelques semaines ; ils se plaignaient moins, tout occupés de leur nouveau traitement; ils reprenaient de l'espoir, mangeaient mieux, récupéraient par conséquent un peu de poids, quelquefois toussaient et crachaient moins et par conséquent dormaient mieux pendant quelque temps ; mais je n'ai vraiment pas constaté d'amélioration durable, jamais de guérison même apparente. Les inhalations d'acide fluorhydrique, je n'ai pu les essayer, l'organisation matérielle de ce traitement étant encore plus difficile ; mais je ne suis plus tenté de le regretter, puisqu'il paraît qu'elles ne guérissent plus .... ? Et puis, tout récemment, vous nous apprenez qu'en Allemagne, au Falkenstein, on guérit 25 p. 100 de phthisiques sans leur donner de médicaments, uniquement par un ensemble de précautions hygiéniques, par malheur irréalisables pour la plupart de nos malades. Enfin, vous autres médecins de la capitale, que faites-vous à vos phthisiques ? »

Cette lettre n'est pas la seule du genre que nous ayons reçue de nos correspondants ; aussi ai-je pensé qu'elle était bonne à reproduire, parce qu'elle peint bien l'etat d'esprit où doivent se trouver bon nombre de nos confrères. Il n'est pas en notre pouvoir, malheureusement, de porter tout à fait remède à cet état de choses. Les causes de l'embarras qu'éprouve le médecin dans le traitement de la phthisie viennent à la fois du grand nombre de travaux que la question a suscités depuis peu d'années et du retentissement qu'ils ont eu hors du public médical, grâce à la déplorable habitude prise par les journaux politiques d'initier jour par jour leurs lecteurs aux comptes rendus des sociétés médicales.

Il arrive, par suite de ce reportage intempestif qui grossit et dénature tout, que le médecin n'est plus le premier à conseiller des remèdes à son malade ; c'est le malade qui, chaque semaine, après avoir lu dans son journal le compte rendu plus ou moins exact de l'Académie des Sciences ou de Médecine, suggère à son médecin une nouvelle médication ou même l'exige impérieusement. « Docteur, que pensez-vous de l'acide fluorhydrique ?» ont demandé plusieurs milliers de phthisiques à leurs médecins, le lendemain du jour où la question avait été portée à la tribune académique.— Que pouvaient répondre ce jour-là les médecins, si occupés parfois qu'ils ne peuvent même parcourir un journal politique chaque jour ? Que pouvaient-ils même répondre, longtemps après avoir pris connaissance des communications académiques faites sur la question ? Il faut, pour contrôler les assertions des inventeurs, des expériences et des contre-épreuves qui ne peuvent être entreprises que par certains médecins des grandes villes ayant une vaste clientèle, et un service d'hôpital, et un laboratoire..... et surtout des connaissances techniques.

L'impossibilité où se trouvent les médecins de se faire une opinion personnelle sur les questions de cet ordre, les pousse à chercher à s'éclairer par la lecture des journaux médicaux ; mais la plupart du temps ceux-ci se contentent de faire eux aussi du reportage pur et simple. Ils se croient quittes envers leurs lecteurs en les tenant *au courant de ce qui se fait*, suivant une formule consacrée, et rarement se préoccupent d'émettre une critique.

Pour nous, nous avons cherché dans ce journal à mener de front ces deux nécessités du temps présent: énumérer d'abord au jour le jour, sans réflexions, les communications les plus notables qui sont faites aux sociétés savantes, enregistrant à la fois le bien, le médiocre et le pire, mais sans en accepter en aucune façon la responsabilité ;—mais aussi apporter de temps en temps un peu d'ordre dans ce fatras, et, dès qu'il est possible de se faire une opinion solide, s'efforcer de la faire agréer des confrères qui nous font l'honneur de nous lire.

Nous avons fait, il y a six ans (1), un inventaire de ce genre parmi les médications en vogue alors contre la phthisie, et nous avions tâché de dégager une ligne de conduite. Il est opportun, croyons-nous, de recommencer maintenant.

Nous prendrons pour guide principal notre maître M. le professeur Bouchard qui, dans les deux dernières leçons de son cours de thérapeutique générale, a esquissé à grands traits, mais avec l'autorité qui lui appartient, la thérapeutique aujourd'hui la plus logique et la plus scientifique de la phthisie. Nous utiliserons aussi largement les enseignements quotidiens que nous avons puisés pendant deux années de clinicat près du professeur Grancher, passé maître depuis longtemps en matière de phthisie, et nous ne négligerons pas non plus les expériences cliniques que nous avons pu suivre en 1884 pendant notre internat dans ce beau service du M. Dujardin-Beaumetz à l'hôpital Cochin où une salle tout entière était consacrée aux phthisiques.

Des livres remarquables parus dans ces dernières années dans notre pays, ceux de MM. Jaccoud, Hérard, Cornil et Hanot, Hutinel complètent les éléments d'appréciation que nous possédons sur la meilleure thérapeutique de la phthisie.

I.

Mais d'abord il faut bien avoir présentes devant l'esprit les vérités suivantes relativement à l'évolution de la phthisie.

Le bacille de Koch, extrêmement vivace dans les cultures et dans certains organismes vivants, ne trouve pas dans l'organisme humain son terrain de prédilection ; d'abord il ne s'y implante pas sans difficulté, puisque tous nous respirons et ingérons des bacilles, et que nous ne devenons pas tous tuberculeux ; ensuite, quand il s'y est implanté, l'organisme réussit souvent à le tuer par ses propres forces ; c'est un fait hors de contestation que la curabilité spontanée de beaucoup de phthisies.

La meilleure preuve qu'on en puisse donner est la suivante : M. Brouardel a montré que sur l'ensemble des individus âgés de plus 35 ans, ayant succombé à une mort violente et dont l'autopsie médico-légale est faite, on trouve chez 75 sur 100 des lésions tuberculeuses actuelles ou cicatrisées. Or la statistique de la mortalité générale nous apprend que la phtisie n'entre pas en ligne de compte pour un coefficient supérieur au quart. La conclusion logique est que *la plus grande partie des phthisies guérissent spontanément.*

Cette constatation rassurante à un point de vue général, puisque nous savons que la nature seule peut triompher de la maladie, doit en outre nous encourager à imiter les procédés qu'elle emploie. Il faut avouer pourtant que la fréquence avec laquelle guérissent les phthisies ignorées fait un singulier contraste avec le petit nombre de phthisies que nous voyons guérir quand nous les soignons après les avoir diagnostiquées.

La raison suffisante de ce contraste réside dans cette deuxième conclusion que la phthisie est relativement *facile à guérir au début*, mais le devient de moins en moins au fur et à mesure de la multiplication des bacilles et de l'extension des lésions ; qu'à cette maladie plus qu'à toute autre il convient d'appliquer l'axiôme : *principii obsta.*

Avant tout donc, ce qui s'impose à nous, c'est le *diagnostic précoce* de la phthisie. Cherchons sans cesse dans notre entourage quels sont ceux des individus confiés à nos soins qui peuvent être dans les conditions où on contracte la phthisie et efforçons-nous de modifier chez eux les conditions hygiéniques ou pathologiques que nous savons défectueuses.

Or, qui n'a pas à se reprocher, en y réfléchissant un peu, d'avoir négligé quelquefois d'avertir tel ou tel des dangers que lui fait courir un état physiologique ou pathologique qu'il serait possible de changer? La prophylaxie est cependant bien puissante : un homme averti vaut double, dit le proverbe, et, si parmi nos clients il en est beaucoup qui ne peuvent ou ne veulent en aucune façon modifier une mauvaise hygiène, il en est plus qu'on ne croit qui le feraient si on les avertissait sérieusement, à plusieurs reprises et sans se décourager, du danger qu'ils courent.

Je n'en veux qu'un exemple. L'influence de la dyspepsie prolongée sur le développement de la phthisie par suite de la détérioration progressive de l'organisme est un fait qui préoccupe trop peu les malades et les médecins ; et, comme la dyspepsie survient dans la grande majorité des cas chez les individus qui ont depuis un temps plus ou moins long une dilatation de l'estomac latente, la conclusion est que, chez tous nos clients de tout âge, il faut rechercher les signes physiques de la dilatation de l'estomac et, quand ils existent, ne pas leur laisser de repos jusqu'à ce qu'ils aient modifié leur hygiène alimentaire et générale — de façon à guérir cette imperfection organique, héréditaire ou acquise, ou à en pallier les fâcheux effets.

P. Le Gendre.

(A suivre.)

(1) Les traitements actuels de la phthisie, *Concours médical*, 1882.

REVUE D'OBSTÉTRIQUE

Quand doit-on se servir du forceps ?

I

Il n'est peut-être pas d'instrument qui, dans la pratique courante, rende autant de services que le *forceps*, lorsqu'il est employé avec à propos et appliqué suivant les règles de l'art. Souvent il sauve la vie de l'enfant ; il évite à la mère des lésions graves des organes génitaux qui pourraient résulter de la compression trop prolongée exercée par la tête fœtale.

Malheureusement, il n'est peut-être pas d'instrument dont on se serve plus inutilement ; cet abus s'accentue d'autant plus que, grâce à l'antisepsie, on ne voit plus qu'exceptionnellement des accidents de septicémie survenir à la suite de cette intervention.

Les raisons de cet abus du forceps sont multiples, et nous nous permettrons d'en donner seulement quelques-unes, les autres étant délicates à dire et surtout à écrire. Certains médecins oublient trop que l'accouchement est un acte physiologique pour l'accomplissement duquel les ressources seules de la nature doivent suffire ; craignant pour la vie de l'enfant, ils interviennent trop tôt ; ils cèdent parfois un peu au désir de se procurer un triomphe facile. D'autres, les *humanitaires,* veulent épargner de longues souffrances à la femme qui réclame d'ailleurs l'intervention : fatigués d'attendre, ils recourent au forceps pour débarrasser la mère. N'est-ce pas aussi quelquefois pour pouvoir retourner plus vite — eux-mêmes — à leurs autres occupations ?

Cette intervention est-elle toujours inoffensive ? Non ; on peut dire, en principe, que toute application de forceps inutile est mauvaise. — Si les conditions requises pour une intervention n'existent pas encore (orifice dilaté ou dilatable, poche des eaux rompue, etc.), l'intervention hâtive est une pratique *coupable* parce qu'elle est *dangereuse* (déchirures étendues du col, ruptures utérines, etc.)

Si les conditions requises existent, il n'y a le plus souvent que demi-mal : le plus habituellement les suites de couches sont bonnes. Cependant, en admettant même que l'application du forceps soit tout à fait inoffensive pour le fœtus (il n'en est pas toujours ainsi), l'introduction des cuillers du forceps augmente toujours les lésions des parties maternelles (déchirures vaginales, du périnée, etc.), augmente par conséquent les dangers de septicémie.

Il est un autre accident d'une application de forceps inutile — accident dangereux pour la réputation de l'accoucheur. Il vient de décréter que jamais la femme n'accouchera seule, qu'il faut se servir des *fers*, et, mettant la parole en action, il passe dans la chambre à côté, défait sa trousse, se met en devoir de flamber son instrument, etc. La femme, effrayée par l'opération qu'elle va subir, rassemble son courage, se met à pousser vigoureusement, et, lorsque l'accoucheur revient auprès de sa cliente, les vagissements de l'enfant lui sonnent désagréablement aux oreilles et lui rappellent qu'il ne faut jamais intervenir trop tôt ni surtout être trop affirmatif sur le mode de terminaison d'un accouchement.

Bien que tous les traités classiques consacrent un chapitre aux *indications* de l'application du forceps, il est certain que ces préceptes ne sont pas faciles à appliquer lorsqu'on n'a pas une certaine pratique obstétricale : c'est l'œuvre du clinicien de savoir les interpréter, de savoir *intervenir à propos*, de savoir *s'abstenir à propos* d'une intervention inutile, de savoir en un mot *quand* il faut se servir du forceps.

Nous allons essayer, en nous basant sur l'enseignement de nos maîtres, et en particulier sur l'enseignement que nous avons recueilli à la Maternité de Lariboisière, de résumer les principales règles de conduite de l'accoucheur en pareille occurrence.

II

Un premier devoir capital s'impose à l'accoucheur : c'est de ne pas tenter une application de forceps tant que *l'orifice utérin n'est pas complètement dilaté ou dilatable* ; agir autrement est commettre une faute grave, c'est exposer la vie de la femme d'une manière inutile. Quant aux membranes, il faut qu'elles soient rompues ; si elles ne l'ont pas été spontanément depuis le début du travail, rien n'est plus facile que de les rompre, avec l'ongle ou mieux avec un perce-membranes.

D'une manière générale, on peut dire qu'une application de forceps est indiquée, lorsqu'il y a intérêt à la pratiquer soit *pour la mère*, soit *pour l'enfant*, quelquefois *pour les deux*. Ce sont là les grandes indications de l'application du forceps : l'accouchement ne se termine pas ; la vie du fœtus est en danger ; il faut débarrasser la mère par une application de forceps. Tout cela est écrit dans les livres d'une façon théorique. Essayons de voir comment se présentent *dans la pratique* ces différentes indications.

Dans les présentations du sommet, le forceps est employé dans deux conditions très différentes :

1° ou bien le travail dynamique est normal, la contraction utérine est efficace et régulière, mais un incident, un accident survient qui nécessite la terminaison rapide de l'accouchement ;

2° ou bien il y a quelque chose d'anormal dans le mécanisme de l'accouchement qui ne pourra se terminer que très lentement, ou même qui est impossible sans l'intervention de l'accoucheur. La *vis à tergo* n'est pas suffisante pour amener l'expulsion du fœtus ; il faut la remplacer, lui apporter du secours à l'aide de la *vis à fronte*, le forceps.

C'est cette seconde catégorie de faits qui oblige le plus souvent l'accoucheur à recourir au forceps : l'obstacle à la terminaison de l'accouchement peut venir *du fœtus*, — de la *filière pelvienne* — ou d'une *insuffisance de la contraction utérine*. Quelquefois deux de ces facteurs entrent en jeu pour rendre l'accouchement très difficile ; par exemple, un fœtus volumineux, dont la tête est très ossifiée, passera difficilement dans un bassin qui n'est même que peu rétréci.

III

Le FŒTUS peut présenter un *excès de volume* général ou partiel : tantôt c'est une exagération notable de tous ses diamètres qui rend l'accouchement difficile; tantôt c'est le volume seul de la tête qui fait obstacle, comme dans l'hydrocéphalie. Il est vrai de dire que dans ces derniers cas le forceps n'est pas souvent indiqué, à moins que l'hydrocéphalie ne soit pas très accusée ; il convient le plus souvent dans les cas d'hydrocéphalie de recourir à la ponction des sutures ou à la perforation du crâne.

Parfois c'est parce que la tête fœtale est dans une *position peu favorable* à la terminaison de l'accouchement qu'il faut intervenir : les positions postérieures, qui sont beaucoup plus fréquentes qu'on ne l'a dit, donnent lieu à des interventions assez nombreuses. Il en est de même toutes les fois que la rotation de l'occiput en avant ne s'accomplit pas facilement, soit spontanément, soit même après l'intervention nouvelle.

Il peut sembler singulier au premier abord d'indiquer ici le *petit volume* du fœtus comme pouvant nécessiter une intervention ; et, cependant, il est certain, que lorsque la tête fœtale est petite, elle peut se défléchir plus facilement ; elle subit moins l'action directrice du bassin et de la contraction utérine, et par conséquent il y a un retard, parfois trop prolongé, dans le mécanisme naturel de l'accouchement.

On observe assez souvent ces faits dans une grossesse gémellaire, pour le second fœtus ; il est vrai qu'intervient ici un autre facteur que nous verrons tout à l'heure: l'inertie de la fibre utérine paralysée par distension de la cavité utérine.

L'obstacle à la terminaison spontanée de l'accouchement peut venir de la FILIÈRE PELVIENNE rétrécie suivant l'un de ses diamètres utiles.

Les *rétrécissements* dus au rachitisme siègent au détroit supérieur ; on attache aujourd'hui beaucoup moins d'importance qu'il y a quelques années à la mensuration exacte du ou des diamètres rétrécis; peu importe que le diamètre promonto-pubien mesure quelques millimètres de plus ou de moins ; il est autrement intéressant de connaître le rapport qui existe entre le volume de la tête fœtale et les dimensions du détroit supérieur qu'elle doit franchir. On arrive assez facilement à cette appréciation à l'aide du palper, mode de mensuration sur lequel M. Pinard insiste avec raison depuis quelques années et sur lequel nous reviendrons. Ce qui nous importe de savoir aujourd'hui, c'est à quel moment il faut recourir au forceps lorsque la tête est arrêtée au détroit supérieur. Il faut s'armer de patience et attendre longtemps avant d'intervenir; la tête fœtale n'appuyant pas sur le segment inférieur, la dilatation est très lente à se faire ; il faut attendre que l'orifice soit dilatable, rompre la poche des eaux et attendre encore quelque temps (une heure ou deux) pour voir si la tête va commencer à s'engager, à se mouler au niveau du détroit supérieur.

L'expectation un peu prolongée est ici de mise ; elle n'a pas d'inconvénient, parce que la partie fœtale, n'exerce pas de compression nuisible sur les parties maternelles. Un symptôme inquiétant dans l'état de la femme ou du fœtus peut seul engager l'accoucheur à intervenir promptement ; il n'en est pas de même, lorsque la tête fœtale, profondément engagée dans l'excavation, a franchi l'orifice utérin et n'est pas expulsée au bout de *deux heures*. Ici la temporisation n'est plus permise : si l'on tarde à intervenir, la tête fœtale exerce une compression dangereuse sur les parties maternelles et peut produire des eschares qui donneront lieu plus tard à des fistules nombreuses difficiles à guérir.

Nous ne pouvons énumérer ici toutes les causes qui peuvent ralentir ou empêcher la progression de la tête fœtale dans la filière pelvienne : laissant de côté les rétrécissements dus à des altérations du squelette, l'obstacle peut provenir d'une *tumeur du bassin* ou des *parties molles*, d'une tumeur de l'*utérus* (fibrôme, cancer, etc.)

Une cause plus fréquente, la plus fréquente, c'est la *résistance des parties molles*, du périnée et pour quelques accoucheurs même, tels que M. Budin, la résistance de l'orifice hyménial. C'est surtout chez les primipares, et particulièrement chez les primipares âgées, que ce facteur intervient : le travail a marché régulièrement pendant un certain temps ; la dilatation s'est faite assez rapidement ; la tête a vite progressé ; la rotation s'est faite ; on croit que la femme va accoucher ; on aperçoit même la tête fœtale, qui disparaît cependant après chaque contraction. C'est ce qu'on a appelé la période de *désespoir*. On a beau essayer avec le doigt de distendre le périnée, de faire la dilatation pré-fœtale ; rien n'y fait, et il faut intervenir. Notre ami H. Varnier vient d'étudier (1) avec soin la nature de l'obstacle à cette période de l'accouchement, et, d'après lui, ce ne seraient pas les parties molles, mais la résistance que met le coccyx à se laisser propulser, qui gênerait l'expulsion du fœtus ; « la résistance du coccyx à la rétropulsion paraît être la cause ordinaire et principale du « retardement » de la sortie de l'enfant à terme et vivant ». C'est contre cette résistance que vient s'épuiser la contraction du muscle utérin; c'est elle qui souvent provoque l'inertie utérine. Le muscle utérin se fatigue, ses contractions ne reviennent que plus faibles et à intervalles plus éloignés ; elles ne sont plus suffisantes pour amener l'expulsion du fœtus. Il importe de surveiller avec soin ces modifications dans les caractères de la contraction utérine ; c'est en les observant qu'on peut affirmer qu'il y a insuffisance de la contraction et inertie utérine.

Nous devons signaler également une cause de *dystocie périnéale* bien étudiée par notre ami A. Boissard : chez certaines femmes la vulve a une orientation spéciale, elle regarde trop en avant; la commissure postérieure de la vulve peut se rapprocher si près du bord inférieur de la symphyse, que l'extrémité supérieure de la fente vulvaire commence sur la face antérieure du pubis, le capuchon du clitoris partant presque du bord supérieur de la

(1) Th. Paris 1888. *Du détroit inférieur musculaire du bassin obstétrical.*

symphyse. Chez les femmes qui présentent cette conformation spéciale (la *barrure* des anciens auteurs), on doit s'attendre à une grande lenteur lors de la dernière période d'expulsion, et parfois les difficultés « seront si accusées qu'on devra recourir à une application de forceps » (Boissard).

Ainsi, dans tous ces cas, l'application de forceps est indiquée, toutes les fois que la contraction utérine est insuffisante pour terminer l'accouchement ; tantôt il y a une véritable inertie utérine, un arrêt ou une diminution dans la contraction utérine ; tantôt la contraction utérine est régulière, mais elle n'est pas suffisante pour triompher de l'un des obstacles que nous avons étudiés.

(*A suivre*). G. Lepage.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Les Médecins de l'hospice de Romans

« Les membres de la commission administrative « de l'Hospice de Romans se sont réunis le 11 cou- « rant, à 10 heures du matin, sous la présidence de « M. le Dr Bonnet, maire.

« Etaient présents : MM. Bonnet président, « Blain (Bruno), Gerin (Aimé), Gailly (Alfred) ; à « l'ouverture de la séance, M. le Président rend « compte de la réunion qui avait été tenue « par MM. les Docteurs de la localité, et après « quelques explications, la Commission décide qu'à « partir du 1er janvier prochain, le service médical « de l'hospice sera fait par deux Docteurs qui seront « remplacés le 1er juillet suivant, c'est-à-dire que « les Docteurs de la localité qui accepteront ce ser- « vice le feront chacun à leur tour, pendant six mois, « et la Commission a porté le traitement des deux « Docteurs de l'établissement qui était de 45 francs « par mois, à 100 fr. à partir du 1er septembre « prochain. »

Procès-Verbal de la réunion des Docteurs de la localité à laquelle l'article ci-dessus fait allusion.

Dr Bonnet, président de la Commission de l'Hospice. — La Commission a décidé en principe d'établir un roulement de médecins à l'Hôpital pour une période de 3, 4, 6 mois, 1 an ; elle m'a chargé de vous demander votre avis.

Dr Fayolle. — Cette modification ne pourra qu'être nuisible aux malades, on se désintéressera d'un service où à peine arrivé on songera à partir ; on n'aura aucune influence sur l'administration et les malades en supporteront les conséquences.

Dr Haste. — Pour obvier à cet inconvénient, il y aurait lieu d'établir entre tous les médecins, une société médicale, où les réclamations seraient examinées. La mesure adoptée serait, au nom de la Société médicale, transmise au Conseil, les médecins auraient ainsi plus d'autorité.

Dr Fabre. — Dans beaucoup de villes du Midi, à Montpellier par exemple, les médecins ne font que 4 à 6 mois de service, je ne vois pas pourquoi cela ne pourrait pas être ainsi à Romans.

Dr Chabalier. — On doit considérer la question sous deux faces : l'intérêt des matades, l'intérêt des médecins.

Cette mesure ne peut qu'être funeste aux malades : scientifiquement on ne peut pas s'intéresser à un service dans lequel on ne pourra voir la fin des maladies ; en tant que chirurgie, plus on opère, mieux on sait opérer ; cette mesure serait donc funeste, puisque au moment où un chirurgien connaîtrait son service, aurait acquis la pratique chirurgicale, vous le renverriez pour en mettre un autre à sa place qui, lui, aura à se faire la main, et le précédent l'aura perdue quand il reprendra son service. Vous arriverez ainsi à ne rien faire de bon.

Au point de vue de l'intérêt des médecins : le public n'hésitera pas à dire que nous sommes des affamés, profitant de ce qu'un de nos confrères est au pouvoir pour ramasser une miette du gâteau. Cette proposition est donc attentatoire à notre dignité professionnelle ; quant à moi je ne consentirai jamais à donner mes services dans de telles conditions.

Dr Bonnet. — Vous serez libre !!!

Dr Chabalier. — Monsieur, je ne me suis pas imposé. Si je suis ici, c'est que vous m'avez invité ; je vous ai fait l'honneur de répondre à votre invitation, vous n'auriez pas dû vous permettre cette réflexion.

Dr Bonnet. — Je n'ai pas voulu vous froisser ; ce n'est pas moi qui ai fait cette proposition, je l'ai trouvée faite par la précédente administration.

Dr Fabre. — La plupart des membres ont été changés.

Dr Chabalier. — C'est justement parce que vous n'avez pas fait cette proposition que vous ne devriez pas la soutenir.

Dr Bonnet. — Je n'ai fait que m'incliner devant le désir du Conseil.

Dr Chabalier. — Eh bien, Monsieur, l'on se sert de vous pour satisfaire l'esprit d'animosité de l'ancien Conseil contre MM. Roux et Fayolle, vous ne devriez pas consentir à être l'instrument de vengeance de la précédente administration. Quant à moi, je n'hésite pas à le dire, une telle mesure est attentatoire à la dignité de MM. Roux et Fayolle et c'est une considération suffisante, pour ne pas en endosser la responsabilité ; du reste ces MM. sont présents, ils peuvent me démentir, ils ont déclaré que si on établissait un tour de rôle, ils donneraient leur démission, considérant cette mesure comme injurieuse pour eux.

Dr Fayolle. — C'est bien simple, nous n'avons qu'à nous retirer et ces MM. feront le service.

Dr Filhol. — Je suis d'avis qu'il n'y a rien d'attentatoire à la dignité de ces MM., si on établit une période, et si après cette période, on nomme de nouveaux médecins ; qu'on mette 10 ans par exemple. Je pense aussi qu'une périodicité de 4, 6 mois, 1 an, ne peut qu'être funeste aux malades. Je pense en outre qu'on doit payer les médecins, et non leur faire l'aumône ; on doit leur donner 100 francs par mois.

Dr Haste. — Je suis de cet avis, il faut 100 fr. par mois, au moins ; mais il faut que tous les médecins s'entendent et refusent si on ne leur donne pas 100 francs par mois.

Dr Fabre. — Nous ne pouvons pas faire grève, M. Bonnet insistera auprès de l'administration.

Dr Bonnet. — Parfaitement, c'était mon intention, il faut 100 francs par mois au moins.

Dr Chabalier. — Si vous désirez savoir l'avis de ces MM., demandez-le leur, en commençant par le plus âgé et en finissant par le plus jeune.

Dr Fayolle. — Mais, MM., votre délibération est inutile, la Commission a décidé.

Dr BONNET. — Elle a décidé d'avoir votre avis. M. Roux acceptez-vous ?

Dr ROUX. — Cela dépendra du temps périodique établi.

Dr BONNET. — M. Haste, acceptez-vous ?

Dr HASTE. — La question ne doit pas être ainsi posée : si ces MM. considèrent la mesure comme une injure pour eux, nous ne devons pas accepter.

Dr FABRE. — J'accepte si ces MM. ne considèrent pas la mesure comme une injure.

Dr FAYOLLE. — C'est bien simple, nous nous retirerons, et la Commission fera comme elle l'entendra.

Dr CHABALIER. — Il est clair que la question, posée comme elle l'est, ne doit pas être résolue autrement ; si on avait posé autrement la question, on aurait pu examiner les mesures utiles aux malades, par exemple savoir s'il y aurait lieu de créer deux services de chirurgie, les chefs de service devant s'aider pour faire les opérations, et un service de contagieux qui pourrait comprendre les syphilitiques, les varioleux, etc.

Dr FABRE. — Eh bien, cela serait joli de mettre les syphilitiques avec les varioleux.

Dr CHABALLIER. — Rien n'oblige de mettre les malades dans la même salle, on peut établir autant de salles que de maladies spéciales contagieuses, sous la direction du même médecin.

Dr FABRE. — Mais on ne peut faire de la chirurgie dans une si petite ville que Romans.

Dr CHABALIER. — Si un service de chirurgie était sérieusement organisé, je n'hésiterais pas à faire les opérations les plus grandes, si j'étais aidé par une intelligence et des bras. Mais il faut qu'il y ait deux chefs de chirurgie, parce qu'un chirurgien ne voudrait pas demander quotidiennement l'aide d'un chef de service de médecine, qui, lui, ne le donnerait qu'avec peine, tandis que les deux chirurgiens seraient obligés de s'aider. Au reste, si j'ai dit tout à l'heure à M. Bonnet qu'il ne devrait jamais prêter la main à une modification dans le sens d'un tour de rôle de 3, 4, 6 mois à 1 an, c'est un conseil d'ami, que je lui donnais, et dont il devrait m'être reconnaissant. Quant à moi, cela m'est parfaitement indifférent, je suis indépendant ; mais lui est jeune, il est à la tête de la Commission, cela lui sera reproché un jour, et il est certain que dans le public, l'on ne manquera pas de dire : les médecins ont voulu profiter de ce qu'un de leurs confrères était au pouvoir pour manger un morceau de gâteau, attirer à soi la couverture, non seulement sans profit pour les malades mais à leur détriment ; et il a tout intérêt à ce qu'on ne lui adresse pas une telle accusation.

La séance est levée.

Samedi, 11 août, 10 h. matin.

Veuillez agréer, M. le Rédacteur, avec mes remerciements l'expression de mes sentiments très distingués.

Dr A. CHABALIER.

M. le Dr Bonnet, maire de Romans, a communiqué à MM. les Docteurs actuellement en résidence à Romans, la délibération du Conseil d'administration de l'Hospice de Romans, du 11 août 1888, en vertu de laquelle, MM. les docteurs Roux, Fayolle, Filhol, Fabre, Chabalier, Haste, Bonnet, *maire de la Ville de Romans, président de la Commission de l'Hospice*, sont chargés semestriellement et à tour de rôle du service médical de l'Hospice de Romans avec appointements de 100 fr. par mois.

— Au public intéressé à juger et à conclure.

La chose du reste n'ira pas toute seule, si nous sommes bien informés.

(*Impartial.*)

Nous avons reçu d'autre part les informations suivantes :

Depuis longtemps le service de l'hôpital est fait par deux médecins de la ville, un pour le service des femmes, un pour le service des hommes sans distinction de médecine ni de chirurgie !!! Les médecins nommés (lorsqu'une place est vacante) par la commission de l'hospice, restent à l'hôpital indéfiniment jusqu'à leur décès ou jusqu'à ce qu'ils donnent leur démission. Il y a deux ou trois ans, le maire d'alors, président de droit de la commission, avait formé le projet de faire adopter par la commission de l'hospice le mode de fonctionnement du service médical qu'on veut établir aujourd'hui : le roulement. Il voulait sans doute ainsi renvoyer les médecins en exercice à l'hôpital ; mais cette question du roulement resta à l'état de projet. Au 3 mai dernier, la commission changeant par le fait même du changement de la municipalité, on remit cette question du roulement sur le tapis.

Le roulement fut adopté en principe, et il fut décidé qu'on réunirait tous les médecins de la ville pour leur demander leur avis sur la durée du service de chaque médecin. C'est le procès-verbal ci-dessus.

A la suite de cette réunion, les médecins ont signé une protestation contre la mesure adoptée par la commission de l'hospice, refusant de faire le service comme on le leur offrait. L'un d'entre eux, le Dr Filhol, étant absent, on lui a envoyé cette protestation pour qu'il la signe lui aussi.

En principe ils admettent le roulement, quoiqu'ils aient à faire des objections à ce mode de fonctionnement, mais ce n'était pas le moment pour eux d'accepter une telle mesure. Les médecins actuellement à l'hôpital y sont depuis longtemps déjà, ce sont des vétérans de la profession alors que les autres sont jeunes.

Ce serait indigne de leur part de les mettre ainsi à la porte. Si malheureusement ils venaient à manquer ou s'ils donnaient leur démission pour un motif autre qu'une atteinte à leur dignité professionnelle, on accepterait volontiers une modification dans le service actuel de l'hôpital.

De plus, comme l'a fait remarquer M. Chabalier : un des confrères, le plus jeune, se trouvant comme maire, président de droit de la commission de l'hospice, le public pourrait croire, si on acceptait le roulement proposé, qu'on profite de sa situation pour partager l'héritage de vieux confrères indignement chassés. Les signataires ont cru, en somme, qu'il est de leur dignité professionnelle d'en agir ainsi.

Monsieur Chabalier, dans son compte-rendu, a fait une objection au roulement ; il a dit que : le médecin changeant tous les six mois, tous les ans dans les services, les malades se trouvant à l'hôpital au moment des mutations auraient à souffrir de ces changements. Nous ne le croyons pas. En effet ! que chaque médecin, pendant son séjour à l'hôpital, ait un cahier d'observations bien tenu et que lorsqu'il doit céder son service au suivant, que ce dernier vienne suivre la visite pendant quelques jours pour se mettre au courant ; les malades n'auront aucunement à souffrir du changement de médecin.

Voici l'objection plus sérieuse au roulement :

il viendra sans doute dans la suite à Romans d'autres médecins, les uns pourront avoir beaucoup de valeur, mais les autres être au contraire tout à fait inférieurs. Or, la place de médecin d'hôpital, qui est, en somme, une place d'honneur, doit être réservée au plus digne, au plus capable de secourir les malades pauvres. Pourquoi donc, alors, n'établirait-on pas un concours comme l'ont fait certaines villes des régions voisines *Saint-Etienne*, *Vienne*, *Grenoble*. Pour ces villes le concours a lieu à Lyon devant un jury composé de médecins et de chirurgiens des hôpitaux de Lyon même.

On désirerait, en outre, voir à l'hôpital les services d'hommes et de femmes subdivisés en *salles de médecine* et *salles de chirurgie* ayant chacune leur médecin ou leur chirurgien.

Le mot de concours a été prononcé à la dernière réunion de la commission. Tant mieux, car par le concours les médecins auraient une autorité bien supérieure non seulement à l'hôpital mais même en ville et leur situation ne serait plus soumise, dès lors, au caprice de la commission qui peut changer chaque fois que la municipalité change elle-même.

« A notre avis, les médecins de Romans auraient une plus haute autorité pour faire prévaloir leur avis, s'ils étaient constitués en syndicat. »

Association anglaise: contre la maladie, pour la retraite, et sur la vie.

M. Ernest Hart, le Président, a lu son rapport sur le 5e exercice de la Société. Il a constaté, une fois encore, ses progrès et il constate l'exactitude des calculs des fondateurs.

Le besoin auquel répondait la Société était bien réel, puisque les 400 membres qui avaient été considérés, à l'origine, comme nécessaires au succès de l'œuvre, sont, en ce moment, en nombre beaucoup plus considérable. Il y a eu au début 500 à 600 demandes d'admission et en ce moment les demandes dépassent le chiffre de 1,000.

Le nombre actuel des sociétaires n'est pas aussi élevé, à cause des décès, des démissions, etc.. Mais il y a plus de 800 membres et par conséquent les moyennes des prévisions de calculs sont assurées.

L'expérience a prouvé la sécurité de l'Association et donné la certitude qu'elle tiendra dans l'avenir, comme dans le présent, toutes ses promesses.

Le capital accumulé atteint donc 175,000 francs ; il y aura à le reporter en bénéfices et en fonds de réserve. Depuis quatre ans et demi l'Association a payé 140,000 francs à ses adhérents.

En ce qui concerne spécialement les fonds d'assurance *contre la maladie*, sur 723 membres en moyenne, environ 300 ont reçu des indemnités. Un membre sur presque trois a donc bénéficié de l'œuvre, par accident ou maladie ; donc, ce risque est sérieux et à considérer. L'indemnité a été payée de une semaine jusqu'à deux et même trois ans. Il est donc évident que, pour ces *longues maladies*, on ne doit pas payer l'indemnité entière, dès qu'elle devient pour ainsi dire permanente. Elle doit même, dans certains cas, être remplacée par une rente viagère.

Les incapacités par accidents, en province surtout, sont fréquentes. Pour une fracture, un des sociétaires, à peine admis, a reçu près de 3,000 francs. La morbidité générale n'a pas dépassé la moyenne prévue.

Les frais de gestion ont à peine atteint cinq pour cent des cotisations, grâce au concours gratuit des administrations.

Exercice 1887-88.........	800	membres.
Capital..................	273,000	francs
Indemnités des maladies..	43,000	»
Journées de maladie (125 malades)...............	3,650	journ.
Cotisations..............	120.000	fr.
Moyennes :		
Indemmités des maladies..	36 à 37	% des cotisations.
Cotisation moyenne.......	131 à 135	fr.
Journées de maladie de...	4 à 5	
Indemnités quotidiennes de	11 à 12	»
Réserve par sociétaire....	322	»

En présence de ces résultats nous éprouvions un sentiment de regret en constatant combien nos appels réitérés à nos confrères ont été peu entendus jusqu'à ce jour. Qu'ils veuillent bien réfléchir à leur portée. Nous avons prouvé, par l'*établissement de la Caisse de pensions de retraite de droit des médecins de France*, que, dès que nos adhérents le voudront, il nous sera facile de doter la profession, sur le modèle de l'Association anglaise, d'une organisation puissante et viable.

L'*Association amicale des médecins de la Seine* est là d'ailleurs qui démontre que, pour le moment, même avec un très petit groupe, et grâce à des dons, on peut marcher.

H. C.

Privilège des Créances des Médecins en cas de faillite de leurs clients

Mon cher confrère,

J'ai l'honneur de vous adresser la primeur d'un jugement qui vient d'être rendu en ma faveur par le tribunal de Saint-Nazaire. Je crois que vous ferez bien de le publier en entier et de le faire suivre de quelques réflexions (le jugement étant définitif et la partie adverse n'ayant pas fait appel).

Ni le conseil judiciaire du syndicat de la Loire-Inférieure, ni celui de l'Association n'ont voulu me prêter leur concours, prétendant que la jurisprudence était établie et qu'il n'y avait rien à faire : j'ai donc poursuivi à mes risques et périls, fort de l'opinion de Legrand du Saulle et de Paul Pont, pensant que, dans le cas où je réussirais, mon exemple pourrait être suivi par d'autres et que plusieurs jugements favorables pourraient peut-être faire modifier un jour l'esprit de la loi.

Quoi qu'il en soit, j'ai rendu un très grand service à mes confrères de l'arrondissement de Saint-Nazaire, puisque le tribunal ne peut se déjuger.

L'exposé suivant dont vous pourriez faire précéder le libellé du jugement vous mettra au courant de l'affaire, à laquelle à mon avis on ne saurait donner trop de publicité.

Agréez, etc.

Tout à vous, Dr Benoist.

Le docteur Benoist (de Saint-Nazaire) avait donné des soins pour une maladie grave à la femme d'un

industriel tombé en faillite peu de temps après la guérison de sa femme. Le syndic chargé du règlement de cette faillite avait proposé au Dr Benoist de se présenter comme créancier privilégié, non pas pour cette dernière maladie, mais pour celle d'un enfant mort depuis trois ans dont il n'avait pas été payé, se basant sur l'interprétation la plus commune donnée au terme « dernière maladie », c'est-à-dire celle qui a précédé la mort.

Le Dr Benoist déclarait qu'il ne croyait pas devoir être considéré comme créancier privilégié pour la maladie de l'enfant, mais bien pour celle de la femme, bien qu'elle fut guérie.

Le tribunal, faisant droit à cette manière de voir, partagée d'ailleurs par un certain nombre de jurisconsultes distingués, a rendu le jugement suivant :

Le Tribunal :

Ouï les avocats et mandataires des parties dans leurs moyens et plaidoiries, et après en avoir délibéré conformément à la loi ;

Considérant que Benoist, créancier de la faillite Danard d'une somme de 236 fr. pour soins médicaux donnés à Danard actuellement en faillite et à sa famille, a produit à la vérification des créances pour la totalité de cette somme dont la quotité ne lui est en rien contestée par le syndic, et est reconnue au contraire comme légitimement due.

Mais que Benoist a prétendu droit à obtenir son admission par privilège à titre de frais de dernière maladie conformément à l'article 2101 du code civil.

Que le syndic lui a refusé de reconnaître ce privilège et ne consent qu'à l'admission au marc le franc de cette créance.

Que pour étayer sa prétention à privilège, le docteur Benoist affirme que les soins donnés par lui à l'enfant mineur Danard et à la femme du failli sont des frais privilégiés par la faillite Danard ; qu'ils s'appliquent à la dernière maladie de ces membres de la famille du failli et dont ce dernier est légitimement débiteur envers lui.

Qu'il indique le texte et l'esprit de l'art. 2101 du code civil comme lui permettant d'invoquer le privilège à son profit pour le recouvrement de semblable créance.

Considérant que, s'il est exact de prétendre que l'art. 2101 confère le privilège au profit du médecin pour soins de dernière maladie, il faut tout au moins restreindre ce droit exceptionnel à la maladie éprouvée par le défunt dans la dernière année du décès, ou par le failli, la situation de faillite devant être, pour la liquidation vis-à-vis des tiers, assimilée à la mort du débiteur dans l'année qui a précédé la déclaration de faillite.

Qu'il est donc possible d'admettre le privilège du docteur Benoist pour la créance relative à la maladie de la femme du failli survenue dans le cours de la dernière année de la vie commerciale de Danard éteinte par la faillite.

Que Danard est en effet débiteur de cette dette concernant sa femme légitime, dont les soins ont été requis et sont dus par lui ; qu'ainsi le syndic de la faillite Danard est tenu à l'admission pour 160 francs de cette partie de la créance du docteur Benoist.

Mais qu'en ce qui concerne les frais de dernière maladie de l'enfant mineur de Danard, si la faillite est tenue de cette créance, charge naturelle incombant au failli, père du dit mineur, elle ne peut en être tenue qu'au même titre que pour toutes les créances ordinaires portées contre la faillite.

Qu'en effet la maladie du fils Danard, si elle a été la dernière pour cet enfant, a motivé les soins du médecin à une époque antérieure à la dernière année de la vie commerciale du failli.

Que le docteur Benoist a tardé à en opérer le recouvrement et ne peut faire classer les soins donnés en cette circonstance parmi ceux privilégiés par la loi à titre de dernière maladie, lesquels ne peuvent s'appliquer qu'aux frais incombant aux soins donnés au décédé ou failli dans la dernière année de sa vie naturelle ou commerciale.

Par ces motifs :

Statuant en matière commerciale et en dernier ressort admet le docteur Benoist comme créancier de la faillite Danard pour la somme de 236 francs; dit que sur cette somme il sera colloqué par privilège aux termes de l'art. 2101 concernant les frais de dernière maladie, pour celle de 160 francs, et au marc le franc pour le surplus, dit que les dépens seront supportés par la faillite.

Nous avons reçu d'un membre du *Concours médical*, M. le Dr DeLabrousse, de Guelma, la pétition suivante que nous nous empressons de reproduire :

Pétition à la Chambre des Députés par les médecins de colonisation de l'Algérie.

Messieurs les Députés,

Les soussignés, Médecins de colonisation en Algérie, ont l'honneur de vous exposer ce qui suit :

La loi du 9 juin 1853, sur les Pensions de Retraite, a divisé les fonctionnaires en deux catégories : ceux du service actif et ceux du service sédentaire. Il est incontestable que si, à cette époque, les Médecins de colonisation avaient versé à la caisse des retraites, ils auraient été compris dans la 1re catégorie, remplissant toutes les conditions exigées pour cela.

En effet, dans la discussion de cette loi (séance du 14 mai 1853) sur une observation de M. Monnier de la Sizeranne, M. Stourm, Conseiller d'Etat, Commissaire du Gouvernement, a défini le service actif de la manière suivante : « *Le principe du service* « *actif, a-t-il dit, ne repose pas seulement sur* « *la donnée d'une activité plus ou moins grande,* « *mais sur celle* D'UN SERVICE DE JOUR ET DE NUIT « QUI EXPOSE A DES FATIGUES, A DES MALADIES, A DES « DANGERS CEUX QUI EN SONT CHARGÉS. » Le service médical de colonisation ne pourrait pas être mieux défini : il n'y a pas un mot dans cette phrase qui ne s'applique exactement aux Médecins de colonisation.

Vous n'ignorez pas, en effet, Messieurs les Députés, que les Médecins de colonisation en Algérie font un service excessivement pénible et dangereux ; ils habitent presque toujours dans les endroits isolés, malsains ; les circonscriptions qu'ils ont à desservir ont des étendues considérables, jusqu'à 60 kilomètres de rayon, quelquefois davantage : par la nature même de leurs fonctions, ils sont en route jour et nuit, par tous les temps, presque toujours à cheval et dans les chemins impraticables : les statistiques prouvent du reste que de tous les services, c'est celui dans lequel il y a la plus grande mortalité.

En conséquence, Messieurs les Députés, les soussignés, confiants en votre bienveillante sollicitude, ont l'honneur de vous prier de vouloir bien faire le nécessaire pour que la Médecine de Colonisation

soit ajoutée au *tableau des emplois du service actif*, annexé à la loi du 9 juin 1853.

Veuillez agréer, Messieurs les Députés, l'expression de nos sentiments respectueux et dévoués.

(*Suivent les signatures de tous les Médecins de colonisation de l'Algérie, sans exception.*)

Le médecin chargé de la surveillance des enfants du premier âge est un fonctionnaire public.

Le médecin nommé par le préfet, en exécution de la loi du 23 septembre 1874 sur la protection des enfants du premier âge, a une mission légale de surveillance sur l'intérêt public qui lui est confiée.

Il a donc la qualité de fonctionnaire public dans le sens du paragraphe Ier de l'article 174 du Code pénal et est justiciable de la Cour d'assises, s'il est accusé de concussion consistant dans le fait d'avoir obtenu des mandats indus en détachant de son carnet à souche des bulletins de visites non réellement effectuées et représentant une somme de plus de 300 francs.

Cassation, sur le pourvoi du sieur Sordes, d'un arrêt de compétence de la chambre de police correctionnelle de la Cour de Lyon du 11 février 1888 (Cour de cassation, séance du 7 juin).

BULLETIN DES SYNDICATS

ET DE

L'UNION DES SYNDICATS

DIRECTEUR : Dr BARAT-DULAURIER

Syndicat des Vosges

Compte-rendu de la Réunion du 12 Mai 1888.

La séance est ouverte à 10 heures du matin, à l'hôtel de la Préfecture (salle du conseil général), sous la présidence du Dr Bailly.

Assistent à la réunion : MM. les docteurs Bailly, Bornèque, Pommageot, Ancel, Tissier, Pernin, Couturier, Lardier, Pernet, Liégeois, Toussaint, Chavane, Hœnmerlin, Lahalle, Martinet fils, Fournier, Gruell, Eury, Weil, Ganicz, Kinsbourg fils, Parisot.

M. Maud'heux, notre très aimé conseil, prend place au bureau à côté des docteurs Bailly, Lardier, Chavane et Couturier.

Divers confrères se sont excusés de ne pouvoir prendre part à la réunion.

Après diverses communications scientifiques, le président de l'association syndicale rend compte des démarches faites par le bureau de l'Association au sujet de la pratique civile à laquelle se livre un médecin-major du département. Il était de notre devoir de connaître exactement de quelle importance était la clientèle civile de ce médecin militaire. Les résultats de l'enquête, qui avait été décidée par la commission d'initiative, nous ont prouvé que les plaintes qui nous étaient parvenues de différents points étaient fondées.

Le président de l'Association consulte l'assemblée pour savoir s'il y a lieu de demander, pour ce médecin militaire, l'imposition des droits de patente. L'assemblée charge le bureau du syndicat de faire les démarches nécessaires pour obtenir, par les moyens dont il peut disposer, la cessation de cet état de choses. Dans l'une de nos réunions précédentes, il a été décidé que le service de la médecine civile doit être interdit aux médecins militaires. Il importe à la dignité de l'Association que la résolution qu'elle a prise de s'opposer à l'exercice civil des médecins militaires ne passe pas à l'état de lettre morte.

La parole est donnée au Dr Bornèque pour la lecture d'un travail sur les honoraires des médecins légistes.

La question ne paraît pas à l'assemblée suffisamment élucidée pour lui permettre de prendre une décision à ce sujet. Elle charge les Drs Bornèque et Pommageot, qui se sont spécialement occupés de cette question, de préparer un travail d'ensemble qui sera présenté à la réunion de septembre. Elle prie en outre notre très érudit conseil, Me Maud'heux, de donner à nos collègues les éclaircissements qui leur seront nécessaires en ce qui concerne les points en litige, notamment en ce qui regarde le *flagrant délit*, question spéciale que Me Maud'heux a eu l'occasion d'approfondir il y a quelques années. Me Maud'heux, après avoir donné quelques explications générales, se met gracieusement à la disposition de nos collègues pour les aider dans leur tâche.

Le Dr Lardier donne lecture d'une lettre du Dr Pernin, de Docelles, qui a eu avec la municipalité de Tendon, quelques démêlés au sujet des soins donnés aux indigents de cette commune. La commune de Tendon ne fait pas partie du service sanitaire. Elle a donc la charge de ses indigents. Le Dr Pernin fait connaître à ses collègues que, s'il a accepté des honoraires dérisoires, c'est uniquement pour éviter un procès avec la commune. Il tient à déclarer que le fait qui lui est particulier ne saurait être invoqué comme un précédent par d'autres municipalités, car ce n'est qu'à son corps défendant qu'il a subi les réductions qui lui ont été imposées par cette municipalité.

A la fin de la séance, l'assemblée vote l'admission des membres suivants :

Dr *Toussaint*, de Saint-Dié, présenté par le Dr Lardier.

Dr *Maucotel*, de Mirecourt, présenté par le Dr Chavane.

Dr *Alba*, d'Attignéville, présenté par le Dr Champy.

Dr *Wendling*, de Raon-l'Etape, présenté par le Dr Toussaint.

Dr *Pernin*, de Docelles présenté par le Dr Ancel.

La prochaine réunion générale aura lieu à Saint-Dié le 15 septembre. L'assemblée prie MM. les Drs A. Fournier et Toussaint de vouloir bien présider à notre réception à Saint-Dié.

La séance est levée à midi,

Le Secrétaire-Trésorier,
Dr COUTURIER.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU CONCOURS MÉDICAL

M. le Dr QUANTIN, à Selongey (Côte-d'Or), présenté par le docteur Patey, de Sainte-Seine-sur-Vingeanne.

M. le Dr LEFRANC, à Carnac (Morbihan), présenté par le docteur Jardin, d'Auray.

Le Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise).— Imp. DAIX frères, place St-André, 3

Dixième année — N° 37 — 15 Septembre 1888

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE

Pathogénie et traitement de la kérato-conjonctivite phlycténulaire (Ophthalmie des scrofuleux).

M. V. *Augagneur*, agrégé à la Faculté de médecine de Lyon, chirurgien en chef (désigné) de l'Antiquaille, vient de publier un mémoire intéressant sur ce sujet. Cette affection, si fréquente dans la seconde enfance et si désespérante par sa ténacité, par ses récidives interminables, la conjonctivite phlycténulaire, souvent compliquée de kératite, a été considérée par tous les auteurs jusqu'à ces dernières années comme une des manifestations de la scrofule. Pour soutenir la nature scrofuleuse de cette ophthalmie, on s'appuyait sur la coïncidence si fréquente des éruptions impétigineuses de la face et du cuir chevelu.

Cependant, aujourd'hui nous savons que l'impétigo est contagieux et parasitaire. Nous savons aussi que la maladie diathésique appelée scrofule a vécu, et que les innombrables manifestations cutanées, muqueuses, ganglionnaires, osseuses, articulaires et viscérales qu'on lui avait attribuées, doivent être rattachées à la tuberculose ou à la syphilis héréditaire.

Pour ce qui est de la coexistence de l'impétigo avec la conjonctivite phlycténulaire, à M. Chaumier (de Pressigny-le-Grand) — nous le rappelions, il y a quelques jours encore — revient le mérite d'avoir montré que la seconde est souvent le résultat d'une inoculation d'impétigo sur la conjonctive faite par les doigts de l'enfant ou par propagation de voisinage. Nous aurions voulu voir M. Augagneur citer ce travail de M. Chaumier, au lieu d'écrire : « A personne n'est venue l'idée de se demander s'il n'y avait pas entre les lésions cutanées et les lésions oculaires une relation de cause à effet plutôt qu'une simple coïncidence. »

Mais le point sur lequel M. Augagneur attire, pensons-nous, le premier l'attention, c'est la constante existence d'une rhinite chronique chez les enfants atteints de conjonctivite phlycténulaire à répétition et la vraisemblance d'un rapport de cause à effet entre la première et la seconde de ces affections.

La rhinite ne se montre pas toujours sous le même aspect. Quelquefois c'est une poussée impétigineuse de la face interne des narines et de la muqueuse des fosses nasales (croûtes jaunes grisâtres, épaisses, laissant à nu des ulcérations saignantes dont la surface exsude un liquide séro-purulent qui, en se desséchant, reconstitue des croûtes nouvelles).

La rhinite n'est pas toujours aussi apparente ; il faut, pour la découvrir, la chercher, c'est-à-dire écarter les ailes du nez à l'aide du spéculum (ou plus simplement à l'aide de deux épingles à cheveux à têtes recourbées en crochets — spéculum nasi primitif, mais commode). Cet examen a montré à M. Augagneur deux types de rhinite : la rhinite œdémateuse et la rhinite sèche.

Dans le premier cas, muqueuse des cornets et de la cloison tuméfiée, rougeâtre, formant des saillies mollasses, presque translucides sur leurs sommets, sécrétant un mucus épais filant, fort analogue aux glaires utérines, muqueuse friable et saignant facilement.

Dans le coryza sec, au contraire, pas de tuméfaction, muqueuse sèche, d'un rouge sombre, criblée

de petites parties en certains points (orifices glandulaires), fendillée, sécrétant peu et couverte seulement par places de minces croûtes noirâtres très adhérentes, et très sèches. Les enfants sont sans cesse incités à introduire leurs doigts dans les narines et à calmer par le grattage la sensation de sécheresse dont la maladie est la cause.

Il est rare que la rhinite produise la fétidité de l'haleine, tout au plus quelquefois une odeur fade, sui generis.

La plupart du temps existent des ganglions parotidiens et sous-maxillaires, et M. Augagneur estime que la rhinite joue un rôle important dans la genèse des adénopathies qu'on prétend rattacher à la scrofule. Par les poussées de lymphangite ou d'érysipèle parties des ulcérations nasales et s'étendant à la lèvre supérieure, s'explique aussi la tuméfaction définitive de celle-ci dont les médecins ont de tout temps fait un attribut du facies scrofuleux.

En résumé, d'après M. Augagneur, quelle que soit la nature de la rhinite, il existe la plupart du temps chez les enfants qui ont des poussées de kérato-conjonctivite phlycténulaire une lésion inflammatoire des fosses nasales, microbienne puisqu'elle produit du pus. Le principe virulent passe du nez dans les voies lacrymales, pénètre dans la cavité conjonctivale, s'y inocule et de là passe dans la cornée.

En conséquence de cette manière de voir, M. Augagneur supprime toute médication active du côté des yeux pour traiter exclusivement les fosses nasales. Dans les cas de rhinite impétigineuse, faire tomber les croûtes avec des irrigations d'eau boriquée (4 %) tiède, puis application sur les ulcérations de vaseline boriquée (3 %). Mais surtout il a employé avec grand avantage les insufflations de poudres antiseptiques. La formule était :

Camphre pulvérisé.........	ââ
Acide borique..............	
Sous-nitrate de bismuth.....	

Aux enfants trop jeunes on injecte cette poudre avec une canule et une poire ; les enfants plus âgés la *prisent* dix à douze fois par jour.

Quant à la façon dont la rhinite elle-même s'établit, l'opinion de M. Augagneur, c'est que tantôt le coryza rubéolique en a été le point de départ ; de même qu'on voit une otite moyenne d'une durée presque indéfinie s'installer après une rougeole où la propagation de l'angine et du coryza rubéoliques s'est faite à la trompe et à la caisse tympanique.

Mais, dans la majorité des cas, la rhinite serait la conséquence de l'inoculation dans les narines, par les doigts de l'enfant, d'un impétigo du cuir chevelu.

Etude expérimentale et prophylaxie du vertige marin.

M. *Pampoukis* (d'Athènes) a fait des recherches sur la pathogénie du mal de mer. On y relève les points suivants :

La plupart des animaux sont susceptibles d'éprouver le vertige marin, mais ne vomissent que rarement. Les chiens soumis au balancement dans un appareil qui imite tous les mouvements du bateau pendant la tempête ont d'abord la dilatation des pupilles, puis la perte de l'équilibre, l'inappétence, le tremblement des muscles, puis des bâillements, salivation abondante, régurgitations.

Le vertige marin de l'homme est donc le résultat de tous les mouvements du bateau, mais surtout de l'enfoncement brusque du bateau dans les flots pendant la tempête. Par suite de ces mouvements, le cerveau subit un choc sur les parois crâniennes ; les organes abdominaux subissent un déplacement plus ou moins étendu, lequel, agissant sur le diaphragme, influence la respiration et la circulation, d'où les troubles cérébraux.

La prédisposition individuelle joue un grand rôle dans la manifestation de la maladie. Ainsi les neuropathes, les anémiques et les dyspeptiques souffrent plus que les autres personnes.

Le vertige marin se manifeste chez la plupart des voyageurs en mer, et notamment chez les neuropathes, anémiques et dyspeptiques, toutes les fois que par des mouvements spéciaux d'un navire pendant la tempête, survient soit un choc avec anémie cérébrale et ébranlement cérébelleux, soit des déplacements grands et subits des viscères abdominaux et des contractions du diaphragme avec les résultats de leur action locale ou réflexe, d'où proviennent le vertige et les vomissements, symptômes essentiels de la maladie.

Quant au traitement, le voici :

Avant de s'embarquer, il faut bien se serrer le ventre avec une large et longue ceinture, afin d'empêcher ainsi les déplacements abdominaux pendant la tempête.

Durant le voyage, il faut éviter, le plus possible, l'usage de nourriture liquide et de boissons, telles que eau, liqueurs, etc., à seule fin de diminuer la pression du sang et les sécrétions. Mais, à la rigueur, on peut conseiller l'usage de deux à trois petits verres de cognac par jour.

Si le vertige menace d'apparaître, pour éviter les secousses qui le déterminent, il faut se coucher dans la cabine, et tâcher de suivre les mouvements du bateau. En même temps, prendre de la cocaïne, laquelle, d'après des expériences faites sur moi-même, empêche les vomissements, mais non le vertige.

Le moyen le plus radical pour éviter la maladie, serait de demander aux compagnies de navigation de faire faire des lits qui seraient suspendus d'après le système des lampes marines.

Voici maintenant les conclusions d'un autre mémoire que M. Pampoukis a fait avec M. le prof. Dastre sur la même question :

Les déplacements de l'animal (translation et rotation) exercent une influence considérable sur les viscères abdominaux. Malgré les liens constitués par les attaches péritonéales, ceux-ci sont mis en mouvement et viennent heurter contre les parois de la cavité, particulièrement contre le diaphragme et la paroi antérieure.

Les chocs provoquent soit indirectement, soit à la

suite de l'intervention des nerfs de sensibilité, des réactions appréciables. Ces réactions consistent en des contractions qui s'harmonisent au rythme même des déplacements et qui tendent à limiter l'excursion des viscères....

Sur le cadavre cette excursion est naturellement plus étendue. Elle a pour conséquence, chez le vivant, des tiraillements des nerfs mésentériques et des impressions sur les nerfs sensitifs. Il y a lieu de penser que les corpuscules de Paccini signalés dans le mésentère servent précisément à recueillir ces impressions et à permettre par suite les réactions correspondantes dans la sphère de la motricité.

Les moyens qu'on peut employer pour limiter ces mouvements, à savoir : compression du ventre par des bandes ou liens de différentes espèces restreignent les chocs contre la paroi abdominale, mais laissent en grande partie subsister ceux sur le diaphragme. De là, les modifications inévitables qui se produisent dans le rythme respiratoire.

Electrisation générale du corps au moyen de la douche.

M. *Leduc* (de Nantes). — Un des pôles de la pile est immergé dans une cuve contenant une solution alcaline ; le malade placé au-dessous de ce réservoir se tient sur un socle métallique en rapport avec l'autre pôle. Quand l'eau du réservoir tombe en douche sur le corps, le courant s'établit, le malade est électrisé. Les avantages de ce procédé paraissent sérieux : d'une part, le courant s'établit facilement par toute la surface du corps qui est mouillée ; d'autre part, on peut graduer la quantité d'électricité et la force du courant.

Extraction des corps étrangers à l'œsophage.

M. *Verneuil* communique une observation au nom de M. Suarez de Mendoza.

« Il s'agit d'une dame qui, trois jours avant que M. Suarez la vit, avait avalé un os de bœuf qui s'était arrêté dans l'œsophage. Le conduit avait été oblitéré au point que les aliments et les boissons ne pouvaient pas passer, et que la malade souffrait la faim et la soif.

Lorsque M. Suarez la vit, il constata que le corps étranger était à 23 centimètres de l'arcade dentaire, à 12 centimètres par conséquent de l'orifice supérieur de l'œsophage.

Dans une première séance, M. Suarez, essaya d'abord, mais en vain, de repousser le corps étranger vers l'estomac.

Il glissa alors une sonde conductrice entre le corps étranger et la paroi œsophagienne, puis, par cette sonde, il fit passer une olive au-dessous de ce même corps. Il espérait le ramener par des tractions de bas en haut, mais ce fut en vain. Il lui fut possible toutefois de glisser une sonde sur la bougie, d'alimenter de la sorte la malade et lui permettre de reposer jusqu'au lendemain.

A ce moment, M. Suarez essaya de passer le panier de de Græfe par la méthode ordinaire, mais il n'y put parvenir. Il eut alors l'ingénieuse idée de se servir du conducteur dont il s'était servi la veille. Pour cela, après l'avoir fait passer au delà du corps étranger, il glissa dessus le panier de de Græfe, muni au préalable d'une échancrure appropriée. Cette fois, ce panier passa, mais ne put être utilisé ; il accrochait bien l'os, mais celui-ci ne cédait pas. Glissant alors une olive sur le même conducteur, il la conduisit jusqu'au corps étranger, qui fut ainsi serré entre deux instruments durs, l'olive et le panier, et fixé assez solidement pour que, cette fois, les tractions de bas en haut puissent le mobiliser et l'amener au dehors.

De la pleurésie chez les enfants du premier âge.

D'après M. Sevestre (1), la pleurésie chez les enfants du premier âge est facile à reconnaître si l'on y pense ; mais il est, par contre, très difficile d'évaluer avec une certaine précision la quantité du liquide ; pour ce point spécial du diagnostic, aussi bien d'ailleurs que pour affirmer l'existence même de la pleurésie, la percussion a plus de valeur que l'auscultation.

Le diagnostic de la purulence du liquide est difficile à établir : l'amaigrissement progressif de l'enfant, l'état cachectique doivent la faire soupçonner. La ponction exploratrice, qui est d'ailleurs exempte de dangers, lèvera les doutes.

Si l'enfant diminue de poids, alors même que l'épanchement paraît simplement séreux, il ne faut pas hésiter à évacuer cet épanchement par la ponction. Si la pleurésie est purulente, la ponction est encore plus indiquée ; mais, si l'épanchement se reproduit, et surtout si l'état général reste mauvais, il ne faut pas tarder à faire l'empyème avec lavage antiseptique.

Paralysie faciale des nouveau-nés.

Chez les nouveau-nés, dit M. Stephan (2), il existe au moins trois formes différentes de paralysie faciale périphérique :

1° Les paralysies causées par l'application du forceps ;

2° Les paralysies causées par un travail lent, une conformation vicieuse du bassin ou par une tumeur intra-pelvienne ;

3° Les paralysies, généralement accompagnées d'une diminution de l'ouïe, qui sont vraiment congénitales.

Tandis que les deux premières sont d'une assez bonne prognose quant à une guérison complète, la dernière est incurable et reste pendant toute la vie ; les troubles fonctionnels qui l'accompagnent ne sont pas grands, parce qu'on apprend à s'y accoutumer et parce qu'on n'a jamais connu une fonction normale du côté paralysé. Mais quand l'accou-

(1) *Revue des maladies de l'Enfance*, juillet 1888.
(2) *Revue de Médecine*, juillet 1888.

cheur a constaté chez un nouveau-né une paralysie faciale périphérique qui n'est pas causée par l'application du forceps, il fera bien, en général, de réserver son pronostic, car si l'affection est un phénomène de pression, elle disparaîtra en général; mais si elle est vraiment congénitale, elle persistera toute la vie.

De la filariose.

M. Lancereaux a lu à l'Académie un travail sur la filariose, maladie produite par la *filaria sanguinis hominis* (Lewis). Les principaux symptômes sont : la tuméfaction des ganglions lymphatiques, la chylurie, l'hématurie et la présence des filaires dans le sang. Les lésions portent sur les ganglions et les vaisseaux lymphatiques et sur les séreuses.

On trouve dans les aines une tumeur volumineuse formée par les ganglions transformés en véritable tissu caverneux comparable aux vésicules séminales par suite de la dilatation des vaisseaux lymphatiques. Il s'en écoule un liquide lactescent qui, à l'air, ne tarde pas à se coaguler, et qui présente tous les caractères de la lymphe. Le tissu celluloadipeux, réunissant les ganglions, leur donne l'aspect d'une masse unique, plus ou moins dure suivant leur état de replétion.

Les lymphatiques voisins présentent des altérations analogues : ceux du scrotum surtout deviennent gros, moniliformes ; la circulation ne s'y fait plus à cause de leur obstruction par les œufs et les débris du parasite ; il en résulte une infiltration et une irritation cutanée suivie d'épaississement de la peau. Cependant, il y a lieu de croire que ce n'est pas le seul parasite capable de déterminer des lésions éléphantiasiques.

Les cavités séreuses sont plus rarement prises ; par ordre de fréquence, ce sont : la tunique vaginale, le péritoine, la plèvre. La filaire est la cause de ces hydrocèles doubles à contenu lactescent de transparence douteuse ; l'ascite chyleuse n'est pas rare, mais elle ne doit pas être toujours rapportée à la filariose.

Les filaires sont très abondantes dans le sang, l'urine et la sérosité. On peut en trouver 30 à 40 dans une goutte de sang. Mackenzie a estimé de 36 à 40 millions leur nombre dans l'organisme d'un malade.

Malgré ce qu'on pourrait croire d'après l'étude de l'anatomie pathologique, de la présence du parasite il ne résulte guère de troubles graves. Le premier symptôme est la tuméfaction des ganglions, se réduisant partiellement par pression, ce qui a fait croire parfois à une hernie ; puis se voient les varices lymphatiques, remarquables au scrotum par leur parallélisme. Le foie, la rate, les organes thoraciques et encéphaliques ne sont pas atteints. En revanche, l'urine est presque toujours modifiée ; elle est parfois laiteuse, mais le plus souvent, en outre du chyle, elle contient du sang, qui, selon son abondance, lui donne une teinte rougeâtre ou noirâtre ; les changements de teinte peuvent se produire d'un instant à l'autre. Dans les urines, on trouve de l'albumine (20 à 25 et même 40 p. 1000), des hématies altérées, des corpuscules lymphatiques et de la graisse en fines gouttelettes ; on y rencontre même des filaires surtout au milieu des caillots sanguins, mais elles sont embryonnaires et non adultes.

Les embryons des filaires se voient dans le sang à la chute du jour et leur nombre diminue à partir de minuit.

Les malades sont pâles, abattus ; ils supportent mal la fatigue et la chaleur ; la fièvre est rare. La nutrition générale est très altérée, et ces malades doivent redouter toute opération chirurgicale. Les lésions paraissent se développer de bas en haut et de la superficie vers la profondeur. La maladie peut durer de nombreuses années (vingt et même cinquante ans) ; elle guérit parfois spontanément. La mort survient rarement du fait de la filaire, mais généralement par suite de complications, telles que l'érysipèle.

La constatation de l'hématochylurie et la tuméfaction des ganglions inguinaux permettent le diagnostic sans qu'on ait besoin de rechercher les filaires dont la présence lève les doutes. La gravité de la maladie tient au nombre des filaires adultes, car leurs embryons ne peuvent se développer dans l'organisme humain.

Demarquay, en 1862, ayant opéré un malade qui lui parut étrange, trouva le premier dans les liquides pathologiques des animalcules vivants ; d'après les dessins qui lui furent communiqués, Davaine rangea ce parasite dans la classe des nématoïdes. Levis revit ce parasite et lui donna le nom de *filaria sanguinis hominis*. Bancroft, Manson et d'autres auteurs le retrouvèrent dans différentes affections regardées comme des maladies différentes : éléphantiasis du scrotum, chylurie, etc.

On exposa un Chinois atteint de filariose aux piqûres de moustiques, et on retrouva le parasite dans leur estomac ; on le retrouva dans les eaux où vont périr ces moustiques. De là les foyers d'endémie. Les parasites sont vraisemblablement ingérés avec l'eau ; mais ils peuvent être fort longtemps avant de révéler leur présence.

L'eau étant le véhicule du parasite, il importe donc de ne se servir que d'eau de source ou d'eau provenant de grandes profondeurs, si celles-ci font défaut, il faut n'user que de l'eau filtrée ou bouillie. Le parasite est difficile à attaquer à cause du siège des individus adultes dans les lymphatiques, d'autant plus que toute opération est extrêmement grave chez les gens atteints de filariose. L'ablation du scrotum peut être avantageuse. Un malade est actuellement traité avec avantage par l'hydrothérapie et les frictions mercurielles.

REVUE D'OBSTÉTRIQUE

Quand faut-il appliquer le forceps? *(Suite).*

IV

Voyons maintenant un autre groupe de cas dans lesquels l'intervention à l'aide du forceps est nécessaire : le travail dynamique est normal, la contrac-

tion utérine est régulière et suffisante, il n'y a pas de disproportion entre le volume du fœtus et les dimensions du bassin ; et cependant il y a intérêt à intervenir rapidement par suite d'un incident qui menace la vie du fœtus ou la vie de la mère.

L'indication la plus fréquente dans cet ordre d'idées est fournie par le ralentissement, l'irrégularité ou l'absence des *bruits du cœur fœtal*. Il n'est pas besoin de dire que l'accoucheur doit toujours avoir à sa disposition un stéthoscope et qu'il doit s'en servir fréquemment pendant la période d'expulsion. Si donc les battements du cœur qui tout à l'heure étaient normaux, deviennent irréguliers, très précipités ou très ralentis, si surtout ils viennent à disparaître en dehors de toute contraction utérine, il faut recourir au forceps et extraire rapidement l'enfant dont l'état de souffrance est encore souvent traduit par l'issue du méconium et la formation d'une bosse séro-sanguine considérable. — Quelle que soit la cause de cette perturbation dans la circulation fœtale (compression du cordon, travail trop prolongé, hémorrhagie, etc.), il faut intervenir rapidement — sous peine de laisser périr l'enfant.

D'une manière générale, on peut dire que toute cause qui met gravement en danger la vie de la mère ou du fœtus, crée une indication formelle pour recourir au forceps, lorsque, bien entendu, les conditions requises sont réalisées. Ainsi, lorsqu'une femme est prise, en plein travail, d'une attaque d'*éclampsie*, il y a grand intérêt à la délivrer aussi promptement que possible ; on a ainsi, de plus, des chances d'avoir un fœtus vivant et de faire cesser les accidents convulsifs. De même, toute tare qui gêne la mère pour faire des efforts suffisants au moment de la période d'expulsion (tuberculose, affection cardiaque, hernie, etc.) nécessite l'intervention de l'accoucheur. De même, lorsqu'on a quelque raison de craindre qu'une rupture utérine ne se soit produite ou lorsqu'une hémorrhagie inquiétante détermine des tendances syncopales.

V

Nous n'avons eu en vue jusqu'ici que les *présentations du sommet* : c'est qu'en effet le forceps, qu'il s'agisse du forceps de Levret ou du forceps de Tarnier, (que nous préférons avec nombre d'accoucheurs modernes), le forceps est construit de manière à n'être appliqué que sur le sommet et même sur le sommet fléchi. Cependant on y a recours dans la pratique pour les présentations de la face et même pour les présentations du siège.

Pour les *présentations de la face*, nous dirons qu'il ne faut recourir que *très tardivement* au forceps ; l'expectation peut d'ailleurs être prolongée beaucoup plus longtemps que dans les présentations du sommet. De plus, lorsqu'on applique le forceps sur la face, on se trouve entre deux écueils ; ou bien la prise n'est pas solide et l'on risque de déraper, ou bien la prise est très solide, mais on n'obtient cette solidité qu'au risque très grand de fléchir la tête. Cependant, dans nombre de cas où la face est déjà engagée et où il y a intérêt à terminer l'accouchement rapidement, le forceps rend de grands services.

Nous ne dirons que peu de choses des indications du forceps dans les *présentations du siège* ; c'est un élève du Pr Tarnier, le Dr Olivier, qui a essayé récemment de les remettre en honneur. On n'est autorisé à se servir du forceps que lorsqu'il y a une présentation du siège décomplétée (mode des fesses), lorsque le sacrum est en arrière et qu'on éprouve de grandes difficultés pour abaisser un pied.

Nous ne parlerons pas non plus de l'application du forceps sur la tête dernière, qui est une opération obstétricale exceptionnelle.

Lorsqu'on a la certitude absolue que le fœtus à terme est mort depuis quelque temps, qu'on n'a aucune chance de le ranimer, l'application du forceps ne peut être qu'une méthode de nécessité : il lui faut préférer la basiotripsie, opération plus facile à pratiquer et qui cause, toutes choses égales d'ailleurs, moins de lésions du côté des parties maternelles.

VI

En résumé, nous avons vu que les principales indications de l'application du forceps étaient les suivantes : inertie utérine, insuffisance des contractions utérines, incident indiquant que la mère ou le fœtus sont en danger.

Nous ajouterons que dans quelques cas, certaines manœuvres non instrumentales suffisent à amener l'expulsion du fœtus. C'est ainsi que le cathétérisme de la vessie est parfois très utile et qu'après avoir vidé la vessie, on est tout étonné de voir les contractions utérines devenir plus fortes et l'accouchement se terminer rapidement ; parfois il suffit de pratiquer le cathétérisme évacuateur pour qu'une tête fœtale, qui jusque là était restée élevée, s'engage profondément et pour que l'expulsion du *fœtus* ait lieu rapidement, alors qu'on pouvait craindre quelques instants auparavant d'être obligé de recourir au forceps. — C'est ainsi qu'à l'aide de la manœuvre indiquée par le professeur Tarnier on peut réduire les positions postérieures en antérieures et faciliter ainsi l'accouchement. — C'est ainsi encore qu'en relevant le siège de la femme à l'aide d'un drap roulé, on rend plus efficace les contractions utérines. — Enfin, les injections très chaudes peuvent souvent réveiller la contractilité de la fibre utérine et éviter à la femme une intervention.

Il faut songer à tous ces petits moyens, lorsqu'on se trouve en présence d'une femme chez laquelle on craint d'être obligé de recourir au forceps ou même chez laquelle on est appelé pour faire une application de forceps ; il faut être bien convaincu que la patience doit être la qualité dominante de l'accoucheur. Il faut se rappeler qu'on fait souvent une œuvre bien plus utile en sachant attendre, en aidant la terminaison spontanée de l'accouchement, qu'en délivrant rapidement la femme à l'aide d'une opération même brillante ; il faut se rappeler que la première condition pour qu'une application du forceps soit une bonne opération, c'est qu'elle soit *utile* et surtout *nécessaire*.

Dans un prochain article, nous verrons *comment* il faut faire une application du forceps, quel en est le meilleur manuel opératoire. G. LEPAGE.

CORRESPONDANCE

Saint-Chamond, 9 septembre 1888.

Monsieur Cézilly, Directeur du *Concours médical.*

Mes occupations m'ont empêché, jusqu'à ce jour, de lire le n° du *Concours médical* paru le samedi, 1er septembre courant, où je trouve un article intitulé : « Médecins et commissions administratives ».

Je proteste énergiquement contre l'article passionné du Dr Duchamp, dans lequel les faits sont racontés d'une façon fort inexacte. Le Dr Duchamp semble insinuer que les intérêts du corps médical ont été lésés, ce que je nie absolument. Il n'y a dans toute cette affaire, qu'une maladresse et une faute grave des médecins de l'hospice de St-Chamond, qui ont donné leur démission par dépit politique, ce qui sera démontré sous peu, dans la réponse de l'administration des hospices, que j'aurai l'honneur de vous adresser.

C'est, d'ailleurs, la seconde fois que ces Messieurs donnent leur démission, sans motifs légitimes et une administration ne peut se décider à être soumise aux caprices de médecins qu'elle a toujours respectés, quoique M. Duchamp ait prétendu le contraire.

Je compte, Monsieur le Directeur, sur votre impartialité pour faire insérer ma trop juste protestation dans le plus prochain numéro du *Concours médical.*

Veuillez agréer, Monsieur le Directeur, l'assurance de ma respectueuse considération,

M. Fabreguettes.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

De l'organisation départementale de la médecine publique.

La médecine, je ne dirai pas cantonale, ni communale, mais publique, est à l'ordre du jour. N'est-il pas bon de jeter un regard sur son organisation actuelle, ses lacunes, ses nombreux défauts et d'exposer les améliorations qui peuvent y être apportées, les principes sur lesquels elle devrait reposer, et enfin d'émettre quelques idées, qui travaillées par les uns, complétées par les autres, amèneront un progrès et un changement absolument nécessaires.

Pour cette étude, ne possédant pas de statistiques générales, je prendrai, pour base, la médecine publique dans le département où j'exerce, les Deux-Sèvres.

Nous comptons quarante-quatre circonscriptions médicales, plus deux communes isolées: soit 46 médecins cantonaux. Tous déplorent le sans-gêne avec lequel les municipalités abusent de leur dévouement et de leurs services : ils se plaignent que leurs honoraires soient dérisoires, ils se plaignent de ne pas contribuer à l'établissement des listes d'indigents, sur lesquelles, le plus souvent, dans un but électoral, autant dans un parti que dans un autre, mais toujours à notre détriment, les commissions inscrivent des gens très notoirement à l'aise.

En dehors d'une quinzaine de circonscriptions où le confrère exerce seul, les médecins cantonaux sont en face d'un ou de plusieurs confrères. Il arrive aussi que l'un d'eux vient remplir ses fonctions, non seulement dans la région de clientèle de son voisin, mais dans la commune même où ce confrère a sa résidence. Je puis citer une commune, séjour d'un praticien fort distingué, où un premier confrère, éloigné de 12 kilomètres, vient pour vacciner, où un autre, distant de 8 kilomètres, vient traiter les indigents.— Or, dans notre département, nous comptons, d'après Roubaud (Annuaire médical) 102, d'après Rosenwald (Guide médical, plus récent) 107 médecins exerçants : soit une moyenne de 105. En déduisant les 46 confrères cantonaux, on trouve 59 médecins qui n'acceptent pas probablement cet éclectisme officiel et sont tous, question de tempérament, plus ou moins mécontents.

N'en est-il pas de même dans tous les départements ?

Or, examinez bien cette question. C'est une des principales causes de l'animosité entre confrères et des difficultés d'une bonne entente. Les uns tiennent les places, souvent toutes les places et font tout pour les conserver; les autres ne voient pas sans un dépit, caché longtemps, éclatant un beau jour, ce confrère d'en face qui est si privilégié, comme désigné par le pouvoir à la population. Bien souvent, c'est une question d'amour-propre ; car ces fonctions sont bien peu rémunérées, mais qui amène souvent des haines inoubliables, et de mauvais procédés entre des confrères voisins, n'ayant pas de trop de toutes leurs forces pour s'entr'aider et défendre leurs intérêts.— Le système actuel nuit même à tout gouvernement. S'il compte, par exemple, dans notre département 46 partisans et soutiens, il a contre lui 59 adversaires puissants, entrant partout, dans la ferme, dans le taudis comme dans la boutique et le château ; hommes généralement intelligents, instruits, connaissant la vie sociale, ses misères, ses appétits, sachant parler, et en qui la confiance publique est grande. C'est une force réelle que le gouvernement doit chercher à se rattacher et il y arriverait aisément (nous avons généralement des idées libérales) s'il ne favorisait pas quelques-uns, au détriment d'une majorité qui, par le fait des choses, lui devient hostile.

On doit pouvoir, par une organisation nouvelle, faire disparaître tout ce qui lèse nos intérêts et choque nos amours-propres. — Il suffit pour cela de décentraliser, de mettre à chaque commune toutes les charges qu'elle peut supporter, de faire qu'elle soit responsable, qu'elle ne compte pas toujours sur le pouvoir central.

Lorsque chaque commune devra payer frais de médecine et de pharmacie, elle étudiera attentivement l'établissement de ses listes et n'y fera figurer que ceux réellement dignes d'intérêt. Si la commune est trop pauvre pour couvrir toutes ses misères, elle fournira sa quote-part et le département viendra à son aide par une subvention ; enfin, si le département n'a pas les ressources suffisantes, l'Etat lui-même contribuera à ces dépenses. Entre l'Etat, le département et la commune se crée ainsi une mutualité avec une responsabilité retombant sur ceux mêmes qui sont les plus à même de connaître les misères et les besoins réels des habitants ; je veux parler des maires, des conseillers et des médecins. C'est la seule assistance rationnelle.

Pour que cette responsabilité ait sa sanction, il est nécessaire d'y intéresser un juge : c'est l'électeur, l'habitant de la commune. On suivra l'exemple du département des Vosges qui impose à chaque habitant des communes 0 fr.075 (soixante-quin-

ze millimes pour le service médical et 0 fr. 05 pour le service pharmaceutique) (1).

Ces quotités peuvent n'avoir rien de stable : elles seront moindres dans les communes riches, sans enfants assistés ; mais cependant elles devront toujours y atteindre un minimum bien établi. N'est-ce pas la vraie mutualité que les riches viennent en aide aux pauvres, que les communes prospères secourent les indigents?

Vous verrez alors les municipalités rechercher toutes les économies, en n'inscrivant pas sur leurs listes les individus non indigents, en s'adressant aux médecins les plus proches de chez eux, à ceux ayant déjà un noyau de clientèle dans leur commune. Ces confrères, en rapports journaliers avec ces habitants, pourront faire des sacrifices, donner plus aisément et plus fréquemment leurs soins aux indigents, aux enfants assistés ou en nourrice, fournir d'excellents renseignements sur les débuts et les marches des épidémies, surveiller les écoles, etc. Ce qui n'existe pas souvent, les circonscriptions étant fort mal établies, trop étendues, en dehors souvent des régions où le médecin cantonal a sa plus forte clientèle. Les pouvoirs doivent cependant s'attacher à ce service de la santé publique, plus utile, plus nécessaire que celui des routes, des canaux, etc.. Il représente la conservation des individus et on ne comprend pas assez que pour la force, la défense, la richesse d'une nation, l'existence d'un homme de trente ans représente un capital plus considérable que plusieurs machines à vapeur ; or ce service embrasse tout : il s'étend de la protection de l'enfant à la préservation des épidémies et à la police des cimetières.

Mais si on obtient ainsi une décentralisation presque complète, arrivant à la responsabilité morale et effective des mairies et des conseillers, on se trouve aussi en face d'une absence complète de coordination dans les divers services. Après l'analyse on doit faire la synthèse : c'est-à-dire créer un centre médical administratif, en contact immédiat avec tous les maires, conseillers municipaux, médecins, avec tous ceux, en un mot, qui se rattachent, dans la commune, au service de la santé publique. A la tête de l'ensemble de ces services, on placera un homme du métier, à la fois administrateur, clinicien, hygiéniste, connaissant les lois et la médecine légale, capable, en un mot, d'assurer le service sanitaire dans chaque commune, d'organiser l'exécution de la loi Roussel, de prendre les précautions nécessaires en temps d'épidémie, de faire porter les premiers soins en un point de désastre public, de surveiller, avec des commissions ad hoc les établissements insalubres, etc., d'être le représentant, en un mot, dans le département, du futur ministère de la santé publique.

Ce médecin qui sera en contact journalier avec les confrères, doit être un peu leur élu : je proposerai donc qu'il soit nommé par le préfet sur une liste de cinq désignés par tous les Docteurs du département.

Il ne devra plus aussi, pour bien rester indépendant, et n'avoir pas à craindre, dans certaines circonstances, d'être placé entre sa conscience, son intérêt et celui de l'Etat, il ne devra plus faire de clientèle. Il devra donc recevoir une rémunération assurant son existence.

Mais il est à désirer que cet emploi nouveau ne vienne pas grever les finances départementales. Or, il est aisé de trouver dans les services existants un ensemble de fonctions permettant de créer cette situation. Il suffit, par exemple, d'en faire des inspecteurs départementaux, des enfants assistés (en faisant disparaître toutefois la limite d'âge de 45 ans) (1)

(1) D'après le plus récent Annuaire administratif des Deux-Sèvres, celui de Georges Maringer, la population du département serait de 350,103 habitants.

A raison de 0 fr. 075 pour le service médical.
id. de 0 fr. 050 pour le service pharmaceutique.

On obtient 0 fr. 125 par tête d'habitant.
Ce qui représente.
26,257 fr. 75 pour le service médical.
17,505 fr. 15 pour le service pharmaceutique.
soit 43,762 fr. 90

Je ne sais à combien tous les services (médecine cantonale, vaccination, inspection des assistés, loi Roussel) reviennent au département, car ces dépenses sont réparties en de nombreux chapitres et certains services même n'existent pas : mais je ne crois pas qu'on arrive à ce chiffre de 43.762 fr. 90 dans notre département.

Ce qui prouve bien à quoi on peut arriver par une bien modeste cotisation individuelle.

(1) Voici les articles du décret du 8 mars 1887, relatif au personnel de l'inspection des enfants assistés en ce qui peut intéresser les docteurs médecins.

Art. I. — Le personnel chargé, sous l'autorité des préfets, de la surveillance du service des enfants assistés comprend des inspecteurs, des sous-inspecteurs, des inspectrices, des sous-inspectrices.

Art. II. — Le ministre nomme les inspecteurs, etc., etc.

Art. III. — Les inspecteurs, dans les départements autres que celui de la Seine, sont choisis exclusivement :

1° Parmi les sous-inspecteurs ayant au moins six ans d'exercice ;

2° Parmi les docteurs en médecine et les pharmaciens de 1re classe ayant au moins cinq années d'exercice.

3°.........

4°.........

Tous les candidats devront être âgés de 30 ans au moins, 45 ans au plus ; seuls.......

Le tiers au moins des inspections qui deviendront vacantes sera réservé aux sous-inspecteurs.

Art. IV........

Art. V. Le cadre du personnel comprend 4 classes d'inspecteurs et de sous-inspecteurs. Il y a, au maximun, un inspecteur par département, sauf dans le département de la Seine.

Les effectifs maximum des 3 premières classes est représeutée comme suit :

1re Classe......	25 Inspecteurs	15 sous-Inspecteurs.
2e id.	25 id.	15 id.
3e id.	25 id.	20 id.

Les classes sont personnelles.

Les traitements correspondants à chacune d'elle sont fixés comme suit :

1re Classe.	Inspectrs	5000 fr.	Sous-Inspectrs	3000 fr.
2e id.	id.	4500 »	id.	2800 »
3e id.	id.	4000 »	id.	2600 »
4e id.	id.	3500 »	id.	2400 »

Les inspecteurs, à l'exception de ceux du département de la Seine et les sous-inspecteurs sont, à leur entrée dans le service, placés dans la 4e classe du cadre.

Les inspecteurs ne pourront être promus à une classe supérieure qu'après trois ans au moins et les sous-inspecteurs après deux ans d'exercice dans la classe immédiatement inférieure.

Art. VI. Les inspecteurs et les sous-inspecteurs reçoivent des indemnités de frais de tournée, dont le maximum est fixé pour chacun d'eux par le ministre de l'intérieur.

....

On peut y joindre encore quelques attributions des bureaux existants déjà dans chaque préfecture concernant l'assistance départementale (1).

Quelques-uns de nos confrères, épuisés souvent par la profession, et qui, tout en restant fort sains d'esprit, n'ont plus les forces physiques nécessaires au dur exercice de la médecine, trouveront dans ces situations administratives, sédentaires, une position à laquelle ils sont plus aptes que ceux qui les occupent. Je suis bien persuadé, enfin, qu'un grand nombre de préfets accepteront une telle organisation qui placera près d'eux des fonctionnaires compétents dans toutes les choses qui concernent la santé publique dans le département.

Avec une telle organisation, partant de la commune, finissant à l'administration préfectorale, on sera en communauté d'idées avec M. Monod, ancien préfet du Calvados, aujourd'hui directeur de l'assistance publique au ministère de l'intérieur, et qui disait que les divers services de la médecine et de l'hygiène publique doivent être confiés aux médecins et autant que possible à tous les médecins.

Dr G. BÉRANGER, de Niort (Deux-Sèvres).

L'honorarium des médecins légistes.

Notre confrère Pommageot nous a décrit, dans le *Bulletin* d'octobre dernier, l'histoire de ses neuf francs, et les formalités à remplir pour toucher les honoraires qui nous sont dus pour frais de justice (?). Comme ces faits se renouvellent trop fréquemment (les médecins de Montpellier nous en offrent un exemple tout récent), je crois qu'il est utile de vous exposer, aussi rapidement que possible, ce qui m'est arrivé.

Les articles 43 et 44 du Code d'instruction criminelle et 81 du Code civil sont très fidèlement observés par MM. les Procureurs ou leurs auxiliaires, qui ne manquent jamais, lorsque l'occasion s'en présente, de nous envoyer décrocher un pendu, pécher un noyé ou ramasser un inconnu ; mais lorsque nous réclamons nos modestes honoraires, tout ne se passe pas aussi facilement que pour la délivrance d'un réquisitoire, surtout depuis la circulaire « trop économique » du 23 février 1887.

Donc, le 4 mai 1887, j'envoyais au Procureur un mémoire de 31 fr. 75 accompagné de cinq réquisitoires. Sur ces réquisitoires, l'un m'avait été délivré par l'adjoint de la commune sous forme de simple lettre, me priant de vouloir bien visiter la femme X, qui avait été battue quelques jours auparavant, par son mari, et de vouloir bien lui délivrer un certificat. Le second concernait un noyé dont j'avais été relever le cadavre en compagnie de la gendarmerie sur premier réquisitoire du maire de la commune. Le juge de paix du canton ayant eu vent de la chose, et poussé par excès de zèle ou tout autre motif, se transportait sur les lieux, plusieurs heures après moi, et m'envoyait un réquisitoire que j'eus la chance d'employer à la place de celui du maire. Deux autres réquisitoires concernaient des pendus, et le dernier, un inconnu trouvé dans les neiges.

Quoi qu'il en soit, mon mémoire m'était retourné quelques jours après avec une lettre du Procureur, disant que sur cinq réquisitoires, deux seulement (ceux dont je viens de vous parler), étaient à la charge de la justice, que pour les autres, comme il n'y avait ni présomption de crime, ni cas de flagrant délit, les frais devaient être à la charge des communes.

J'envoyai donc un nouveau mémoire timbré de 11 fr. à M. le Procureur, en le priant de vouloir bien me donner quelques explications, et en lui faisant observer que le crime ou la présomption du crime ne pouvait être que la conséquence du rapport médical et que le cas de flagrant délit me paraissait devoir exister plutôt dans les cas de pendaison (puisque j'avais dû dépendre les individus) que dans un cas de submersion, où le cadavre était déposé sur la berge de l'étang.

Le mémoire revint avec toutes les signatures ; je pus empocher mes onze francs sans difficulté, mais je n'eus pas de réponse à ma lettre. La circulaire du 23 février s'y oppose, paraît-il.

J'envoyai alors au maire un nouveau mémoire, en lui faisant connaître la décision du Procureur. M. le Maire voulut bien me répondre qu'il réunirait le conseil municipal à ce sujet. Trois mois après, n'ayant pas de nouvelles, j'écrivis une seconde lettre, mais sans résultat. Une troisième lettre, trois mois après, suivie d'un recouvrement par la poste, n'eut pas plus de succès. Je me décidai alors à exposer ma situation au ministre de la justice. Après une seconde missive, le Procureur me priait de vouloir bien lui envoyer mon mémoire, avec les réquisitoires à l'appui, pour le mettre à même d'examiner la valeur de ma réclamation au garde des sceaux. Je m'empressai, comme vous le pensez bien, de satisfaire son désir, et le tout me revint, en mars dernier, avec réquisitoire et exécutoire, laissant les frais à la charge des communes et me permettant de toucher chez le Receveur des finances les vingt francs soixante et quinze centimes que je réclamais depuis si longtemps.

Deux jours auparavant, j'avais enfin reçu du maire de X une lettre me prévenant que son conseil municipal n'avait pas voté les fonds de mon mémoire, et me demandant, dans un français quelque peu montagnard, si j'avais reçu un mandat de la veuve L. (dont j'avais décroché le mari) qui ne voulait tout d'abord rien payer, disait-il, mais finalement, s'était décidée à payer le tout, et M. le Maire s'engageait à le lui réclamer, si je n'avais rien reçu. Le mandat m'était bien parvenu quelques jours avant, mais je ne pouvais admettre qu'une pauvre femme, chargée de famille, subisse une pression municipale et paye pour la commune une somme, dont la commune

Art. VII....... Art. VIII....... Art. IX....... Art. X....... Art. XI.......	Concernant le département de la Seine.

Art. XII. Le décret du 31 juillet 1870 est abrogé.

Art. XIII. Le ministre de l'intérieur est chargé de l'exécution du present décret, qui sera inséré au *Bulletin des Lois*.

Fait à Paris, le 8 mars 1887.
Signé : GRÉVY. — GOBLET.

(1) Dans les divers services de la préfecture, des Deux-Sèvres, je trouve en effet, les attributions suivantes :

Cimetières, translation et agrandissement ; voirie urbaine, inhumation, transports de corps. — Agents sanitaires : médecins, pharmaciens, sages-femmes, vétérinaires, Conseils d'hygiène, établissements insalubres, inspection des drogueries et des pharmacies. — Sociétés de secours mutuels : sociétés de charité maternelle, crèches ; sourds-muets, aveugles ; dépôt de mendicité, malades indigents ; colonies agricoles et pénitentiaires ; asiles d'aliénés, admissions et sorties ; Secours de toute nature, hospices, Bureaux de bienfaisance, établissements thermaux, médecine gratuite.

ne pourrait, à la rigueur, lui réclamer qu'une faible partie. Je lui renvoyai donc son mandat, d'autant plus que, mes pièces étant en règle, je pensais toucher mon argent sans difficulté.

Mais, lorsque je me présentai chez le Receveur des finances, on me fit observer que le tribunal qualifiait bien la dépense à la charge des communes, et que celles-ci étaient forcées de se prêter au paiement, mais que le maire seul était apte à disposer des fonds municipaux et que, pour émarger, j'avais besoin d'un mandat de sa main.

Le percepteur du canton s'était chargé de faire signer ces mandats pour le 6 mai dernier, mais les préoccupations électorales ont absorbé tous les instants des conseillers municipaux et les choses en sont toujours au même point. Mes mémoires finiront pourtant par m'être retournés, je l'espère, mais Dieu sait quand ! et s'il plaisait au maire de refuser encore sa signature et qu'après avis préalable du Ministre de l'Intérieur, M. le Préfet veuille bien imposer le paiement d'office, je pourrais alors seulement recouvrer ma créance, à moins que, comme notre confrère Pommageot, je ne sois encore obligé de recourir au Ministre des Finances pour savoir si c'est la caisse nº 1 ou la caisse nº 2 qui doit me payer.

En présence de toutes ces formalités qui font que beaucoup d'entre nous préfèrent abandonner les modestes honoraires qui nous sont accordés par la loi, je crois qu'il serait nécessaire de prendre une détermination et de bien spécifier les cas dans lesquels nous devons notre concours à la justice. Quand y a-t-il crime ou présomption de crime ? Qu'entend-on par flagrant délit ? Quels sont nos débiteurs et comment nous y reconnaître ? Est-ce l'Etat, sont-ce les communes ou les familles ? Pourquoi, d'ailleurs, cette différence dont la loi ne fait aucune mention, et qui n'existe, par raison budgétaire, que depuis un an.

Ce sont là des questions qui intéressent tout le corps médical et méritent toute notre attention.

Dr Bornèque.
(*Bulletin des Vosges.*)

VARIETÉS

Les médecins des Vespasiennes.

« A Londres, on voit dans les urinoirs une plaquette avec cette inscription : « *Prenez soin de vous rajuster avant de sortir.* » Sans doute, on veut ainsi rafraîchir la mémoire des amateurs de *gin* ou *porter* qui pourraient commettre quelque incongruïté choquante pour les yeux des *ladies*.

A Paris, c'est tout autre chose, les vespasiennes semblent indiquer que toute la population est rongée par les plus abominables maladies. On lit des pancartes de ce genre qui garnissent, en guise de tapisserie, les kiosques plus ou moins perfectionnés : *Guérison sans mercure de toutes les maladies vénériennes. Cabinet X... Traitement facile à suivre, même en voyage.* Ou bien encore : *le professeur J... Je défie quiconque de guérir aussi radicalement que moi, sans mercure,* — toujours, et nous passons l'énumération des horreurs qui s'étalent à tous les yeux.

Est-il digne d'une cité qui se respecte de permettre un affichage aussi immonde ? Le Parisien, dès sa jeunesse, est ainsi familiarisé avec les tristes résultats de la débauche ; étant encore enfant, sa curiosité est éveillée par des inscriptions malsaines.

Quant à l'étranger qui vient à Paris s'amuser, comme on dit, il doit être singulièrement refroidi en pénétrant dans ces petits endroits, et il doit se dire que les plaisirs de notre capitale ne sont pas sans danger, puisque les médecins spéciaux s'affichent jusque dans les urinoirs.

Mais ce ne sont là que les moindres inconvénients de ces exhibitions thérapeutiques. Si encore les médecins qui ne craignent pas de se faire une réclame nauséabonde, même au milieu des vapeurs ammoniacales, étaient des hommes sérieux, mus par le désir d'être utiles à leurs semblables, et de déraciner dans la population parisienne les maladies vénériennes qui l'éprouvent, on pourrait leur permettre à la rigueur cette triste publicité.

Mais, hélas ! il n'en est rien. Les médecins d'urinoir sont des ratés de la médecine, qui exploitent tout bonnement la crédulité publique en empruntant des titres qui ne leur appartiennent pas.

Ils sont toujours *anciens internes des hôpitaux* quand ils ne sont pas *six fois diplômés par les Facultés de France*, ou même *professeurs*. D'où vient que les médecins sérieux ne revendiquent pas leurs droits et ne font pas poursuivre tous ces chevaliers d'industrie pour usurpation de titres ? Il faut, à Paris, beaucoup de mérite et de labeur pour conquérir le titre *d'interne*, et il est bien triste de voir ce titre distingué traîné dans la boue, pour ne pas dire autre chose. — Ces professeurs rastaquouères, en s'attribuant des fonctions qu'ils n'ont pas eues, portent un préjudice incontestable aux honorables membres du corps de l'internat des hôpitaux.

Si les médecins ne veulent pas se charger de cette opération malpropre, il nous semble que la préfecture de police devrait faire cette besogne. Il n'est pas besoin d'une longue enquête pour établir que l'affichage des urinoirs est immoral et ne sert qu'à exploiter la crédulité publique. La brigade des agents des mœurs n'a pas besoin d'entrer en mouvement. Qu'on fasse seulement surveiller les cabinets médicaux qui recrutent leur clientèle par ces procédés que tout le monde réprouve.

L'homme qui ne rougit pas de devoir sa notoriété à ces affiches ne peut être un honnête médecin.

Nous nous sommes laissé conter par un de nos amis qu'un de ces chevaliers d'industrie, nous devrions dire d'urinoir, était, il y a quelques mois, sous les verrous. Il était condamné à la prison pour vente illégale de médicaments.

Mais il paraît que le métier a du bon. Car, lorsqu'il se présenta au greffe de la prison, il était vêtu avec la dernière élégance : pince-nez à chaînette d'or, etc., et il était accompagné par une dame aux cheveux jaunes, couverte de brillants.

Cette dame, fort fidèle, du reste, peut-être une des rares clientes satisfaites de ses soins, venait visiter notre prisonnier très exactement.

Elle arrivait en équipage somptueux. Les initiales du médecin sur les harnais, le cocher en culotte de peau ; attelage absolument correct, comme en ont les demi-mondaines.

N'est-il pas honteux de voir d'aussi tristes personnages vivre dans un luxe pareil ? Ils spéculent sur la terreur qu'inspirent les maladies vénériennes, ils répugnent à tout le monde, mais ils finissent, à force d'audace et de malpropreté, par attirer les cerveaux faibles qui croient ainsi trouver la guérison.

En somme, ce sont des escrocs, souvent ils extorquent

l'argent dans l'espoir d'une guérison chimérique.

Le brave médecin de quartier, qui donne ses soins pour deux ou trois francs par visite, ou même gratuitement, qui monte des étages toute la journée, n'a pas d'équipage; il n'a pas de femme aux cheveux jaunis, et il se dit avec tous les honnêtes gens qu'il faut mettre un terme à ce commerce, ou plutôt à ces escroqueries que la préfecture de police ne devrait pas tolérer. »

L'abus signalé dans cet article est encore un des nombreux abus que les médecins de Paris ne combattront avec succès que par l'Association syndicale.

Vacheries municipales. — Sanatoria.

La Société de Médecine pratique vient d'émettre le vœu que la ville de Paris s'adresse à l'industrie privée pour livrer aux familles pauvres, grâce à une surveillance spéciale, du lait pur dans de bonnes conditions de qualité et de conservation, et à prix réduit.

Il s'agit là d'un simple vœu, tandis que des *Vacheries municipales* fonctionnent depuis longtemps déjà à Stuttgard, Munich, Breslau, Francfort, Hambourg, Berlin, Brunswick, Stettin, Dresde, Vienne, Bâle, Zurich, Genève et Neufchâtel.

En France, Nice est la seule ville qui possède une institution analogue. Notre pays s'est donc laissé devancer sur ce point comme sur beaucoup d'autres; nous citerons notamment les *sanatoria* pour phthisiques. Ces établissements sont déjà nombreux en Allemagne et en Suisse, tandis que chez nous aucun essai sérieux n'a encore été tenté.

Nous nous bornerons aujourd'hui à signaler la région montagneuse de la Haute-Loire et de l'Ardèche comme convenant particulièrement à des établissements de ce genre. On y trouve la plupart des conditions climatériques que l'on va demander à l'étranger : un air pur, tonique et stimulant, doux et sec, non poussiéreux, frais, avec température élevée dans les lieux exposés au soleil, un ciel très clair, des forêts où domine le pin sylvestre, des pâturages, et par conséquent du lait de bonne qualité. La configuration tourmentée du sol offre à la fois des chaînes montagneuses élevées, à flore alpestre, des pics isolés, des plateaux, des vallées diversement abritées, inégalement humides, des gorges enserrant l'Allier, la Loire et l'Ardèche; en un mot, la plus grande variété de sites répondant à plusieurs indications thérapeutiques. Le séjour dans cette région conviendrait particulièrement aux candidats à la tuberculose, aux phthisiques surtout lorsque l'affection présente une marche torpide, ou se trouve constituée par des foyers caséeux, par des cavernules, ou s'accompagne de sueurs nocturnes profuses, de fièvre à accès intermittents due à la résorption des sécrétions bronchiques, enfin de troubles digestifs graves.

D[r] Cénas.

Un incident médico-légal,

Par le D[r] Reuss.

M. Jaumes, professeur de médecine légale à Montpellier, remplissait depuis de longues années les fonctions de médecin-expert ; la chaire qu'il occupe à la Faculté de médecine, ses connaissances et son expérience spéciales le désignaient tout naturellement aux magistrats, lorsque ceux-ci se trouvaient dans le cas d'ordonner une expertise médico-légale. Jusque dans ces derniers temps, nulle contestation ne s'était produite lors du règlement des honoraires dus pour ces expertises et les mémoires présentés par M. Jaumes et les autres médecins experts étaient toujours intégralement soldés.

Au commencement de cette année, M. Jaumes signait pour acquit un mémoire préalablement approuvé et visé par M. le Juge d'Instruction, par M. le Procureur de la République et par M. le Président du Tribunal. Ce mémoire réunissait quatre affaires auxquelles avaient coopéré trois experts ; il comprenait des opérations à tarif fixe et des opérations à vacations. Ce mémoire fut frappé d'une réduction, il portait en effet la note suivante :

« Vu et approuvé, mais pour la somme de.... seulement. Montpellier, le.... P. le Procureur général, *signature* ».

La surprise de M. Jaumes fut grande. « Depuis quatorze ans que j'avais l'honneur de figurer parmi les auxiliaires de la justice criminelle, dit-il, jamais une telle mesure ne m'avait été infligée et je m'en croyais formellement préservé. En effet, malgré la règle que je m'étais imposée de n'émettre que des prétentions discrètes, je comprenais parfaitement qu'en telle ou telle occurence ces prétentions pussent paraître exagérées. Aussi, au cas d'un désaccord de cette nature, avais-je prié MM. les Magistrats de me communiquer officieusement leurs observations, les prévenant d'avance que si je ne parvenais pas à les convaincre de la légitimité de mes demandes, j'acceptais d'ores et déjà l'atténuation de 10, 30, 50, 100 p. 100 même, qui leur paraîtrait désirable (1). Mais, en retour, je les suppliais de m'épargner le déboire, l'humiliation, le mot n'est pas trop fort, d'une réduction officielle. Et, de fait, j'ai la satisfaction de pouvoir le dire, jamais, durant ces quatorze ans, les questions d'argent n'avaient suscité l'ombre d'une difficulté, n'avaient provoqué de la part de MM. les Magistrats du Parquet aucune observation. »

La mesure de réduction atteignait à la fois MM. Jaumes et Moitessier ; ils se rendirent chez le Juge d'instruction, avec lequel ils eurent, en présence de M. le Substitut faisant fonctions de Procureur de la République, un entretien dans lequel ils déclarèrent que bien que leurs demandes ne leur parussent pas exagérées, ils s'inclinaient devant l'appréciation de l'autorité judiciaire ; que le *quantum* d'honoraires n'existait pas à leurs yeux, mais que la mesure en question mettait leur dignité en jeu ; qu'en acceptant des honoraires réduits par décision officielle, ils avoueraient avoir fait un calcul qu'ils n'ont pas fait et qu'ils ne feraient jamais et qu'ils ne toucheraient pas la somme allouée, par conséquent ; qu'enfin, si la mesure actuelle, ne représentant pas un fait isolé et accidentel, méritait d'être considérée comme l'indice d'un changement complet dans les dispositions de l'autorité judiciaire ils se voyaient contraints de renoncer à l'avenir à toute expertise.

Un second fait vint bientôt compliquer les choses. En octobre 1887, M. Jaumes et M. Mairet furent commis par M. le Juge d'instruction de X.... à l'effet d'examiner l'état mental d'un individu inculpé d'abus de confiance. Cette expertise leur avait coûté beaucoup de temps et de travail, elle avait nécessité des déplacements prolongés, des voyages coûteux.

Lorsque les experts eurent déposé leur rapport, on leur fit signer, pour acquit, les mémoires qu'ils avaient remis en même temps. Peu après ils reçurent les pièces suivantes :

(1) Nous demandons pourquoi cette trop humble condescendance, dont on a été si bien récompensé !

1° Une lettre de M. le Procureur de la République de Montpellier ainsi conçue :

« Monsieur, j'ai l'honneur de vous informer que j'ai reçu de mon collègue de... une lettre par laquelle il me prie de vous faire connaître que M. le Procureur général s'est refusé à viser le mémoire que vous et M. Mairet avez présenté pour l'examen de l'état mental de l'inculpé X... Je vous prie, Monsieur, de vouloir bien agréer, etc. »

2° Communication d'une lettre de M. le Juge d'Instruction de X.... à M. le Juge d'instruction de Montpellier.

« Monsieur le Juge d'instruction, j'ai l'honneur de vous retourner les mémoires produits par M. Mairet, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier, dans l'affaire du nommé X... ; ceux produits, dans la même affaire, par M. le professeur Jaumes n'ont pas été transmis de la Cour au Parquet de... M. le Procureur général a refusé de revêtir de son visa les Mémoires dont il s'agit, les motifs pris de ce que la nécessité de l'expertise médico-légale confiée à ces deux médecins ne lui paraissait pas suffisamment justifiée. Agréez, Monsieur le Juge d'instruction, etc. »

Tels sont les faits dont M. Jaumes a entretenu l'Association générale des médecins de l'Hérault ; il a d'ailleurs ajouté qu'il a prié M. le Juge d'instruction et M. le Procureur de la République d'accepter l'expression de sa gratitude pour les constants témoignages de leur bienveillante courtoisie et de vouloir bien, dorénavant, ne plus lui confier aucune opération médico-légale.

Le premier incident, celui de la réduction des honoraires, n'est pas un fait isolé et local ; il est certainement regrettable, mais le Procureur général n'a pas eu l'intention de froisser les experts dont les mémoires étaient soumis à sa signature. La mesure dont MM. Jaumes et Moitessier ont été l'objet est une mesure générale ; elle émane d'un ordre de la Chancellerie et elle est appliquée partout à l'heure actuelle.

Le second incident ne me paraît pas non plus de nature à léser la dignité professionnelle des médecins qui en ont été les victimes. Qu'on relise attentivement la lettre du Juge d'Instruction de X... ; on verra que le Procureur général n'a pas refusé de revêtir de son visa les Mémoires des experts parce qu'ils lui paraissaient exagérées, mais uniquement parce que la necessité de l'expertise ne lui paraissait pas justifiée. Or les experts avaient été commis par le Juge d'Instruction de X..... C'est donc le Juge d'Instruction qui est visé dans cet incident, bien plus que les médecins experts qui n'avaient agi que d'après ses ordres.

Il est regrettable que les experts aient vu anéantir ainsi le produit de leur travail et de leurs efforts et que l'on n'ait tenu nul compte de leurs dérangements, de leurs déplacements et de leurs déboursés ; il est surtout regrettable que M. le Procureur général n'ait pas cru devoir accompagner la lettre qu'il adressait aux experts et dans laquelle il les informait de son refus d'apposer le visa sur leurs Mémoires, d'une note expliquant les motifs de son refus. Ces motifs n'avaient aucun caractère blessant pour la dignité ou le caractère des savants chargés de l'expertise, puisqu'ils sont uniquement basés, je le répète, sur l'inutilité de la mission qui leur avait été confiée.

Envisagés à ce point de vue, les incidents de Montpellier perdent donc une grande partie de leur importance. Les journaux politiques, aussi bien ceux de la région que les journaux de Paris, ont fait quelque bruit autour de ce prétendu conflit entre le parquet et la médecine légale. Il n'y a pas eu de conflit, il n'y a eu qu'un regrettable malentendu et tout fait espérer qu'il sera promptement dissipé.

(*Annales d'hygiène publique.*)

BULLETIN DES SYNDICATS

ET DE

L'UNION DES SYNDICATS

DIRECTEUR : Dr BARAT-DULAURIER

Syndicat Médical des Basses-Cévennes

Séance extraordinaire du 1er août 1888.

A cette date, dans la salle de mairie de Saint-Hippolyte-du-Fort, arrondissement du Vigan (Gard), se sont réunis sous la présidence de M. le Dr Mazel (d'Anduze) les membres du syndicat dont les noms suivent : MM. Perrier (de Vallerangue), Teissonnière (de Saint-Hippolyte-du-Fort), Jacob (de Sauve), Boutes (de Gauges), Maquet (de Ganges), Bourras (de Pompignan), Bentkowski fils (de Saint-Jean-du-Gard), Tarron (d'Anduze).

Cette réunion extraordinaire était motivée par l'envoi aux Médecins-Inspecteurs de la Protection des enfants du premier âge d'une circulaire préfectorale en date du 12 juin relative à l'organisation d'un service de vaccinations et de revaccinations gratuites dans toutes les communes du département du Gard. Ce service serait confié aux Médecins-Inspecteurs, chacun dans sa circonscription, moyennant une rétribution de 0 fr. 50 par vaccination ou revaccination.

M. le Président complète ces explications par l'allocution suivante :

Messieurs et chers confrères,

C'est à la demande de M. le Préfet du Gard que votre bureau vous a convoqués ; c'est, de notre part, vis-à-vis de l'administration supérieure un acte de déférence qui nous a paru s'imposer.

Nous avons pensé, en outre — et vous allez être de notre avis, je l'espère — que la lettre de M. le Préfet dont je vais avoir l'honneur de vous donner lecture est plus qu'un acte de courtoisie, mais qu'elle équivaut à une reconnaissance officielle dont nous devons tout à la fois prendre et lui donner acte.

J'ajoute que la question qui va faire l'objet de votre délibération étant d'intérêt général pour tous les médecins du département relevait, par son caractère de généralité et son importance, de la juridiction syndicale. Nous estimons que le moment était opportun pour faire preuve de solidarité, et c'est pour ce motif que nous avons tenu essentiellement sinon à réserver notre opinion individuelle, tout au moins à la subordonner à la décision de notre syndical.

Il vous appartient, Messieurs, de décider s'il ne convient pas, pour ajouter à l'autorité de votre délibération, de saisir de la même question nos confrères de la Société de Nîmes et ceux de l'association des médecins de l'arrondissement d'Alais.

Après ce court préambule, je me hâte de vous don-

ner lecture des diverses pièces officielles que j'ai reçues.

Ces pièces sont : 1° la circulaire préfectorale du 12 juin 1888 ; 2° une note autographiée demandant pour la seconde fois une réponse aux médecins qui ne l'avaient pas encore donnée ; 3° une lettre manuscrite adressée à M. le Dr Mazel, le priant de convoquer le syndicat des Basses-Cévennes, à l'opinion duquel M. le Préfet déclare attacher le plus grand prix.

La discussion a été ouverte, et, après un échange d'observations entre les divers membres présents la réunion a pris la résolution suivante :

Délibération.

Le syndicat des Basses-Cévennes, après avoir reçu de M. le président communication :

1° de la circulaire préfectorale en date du 12 juin, ayant pour but l'organisation d'un service de vaccinations et de revaccinations au moyen du vaccin de génisse dans toutes les communes du département ;

2° de la note autographiée relative au même service ;

3° de la lettre manuscrite adressée à M. le Dr Mazel ;

Ouï les observations échangées entre divers membres ;

Prend à l'unanimité la délibération suivante :

Considérant que, de l'aveu de M. le préfet lui-même, la rémunération de 0 fr. 50 par vaccination ou revaccination qui est proposée est manifestement insuffisante ;

Considérant qu'il ne suffit pas de faire appel au dévouement du corps médical pour lui créer l'obligation morale d'accepter une rétribution qui ne peut être considérée comme l'équivalent sérieux du service demandé ;

Considérant que c'est aux syndicats qu'incombe l'obligation de veiller à la défense de ses intérêts légitimes ;

Par ces motifs, le syndicat des Basses-Cévennes regrette de ne pouvoir adhérer à l'organisation du service de vaccination dans les conditions spécifiées dans la circulaire préfectorale du 12 juin ;

Dit néanmoins, pour rester fidèle aux traditions de dévouement qu'il regarde comme l'honneur du corps médical, et pour déférer dans une large mesure aux considérations supérieures tirées de l'intérêt primordial de la santé publique, être prêt à accepter un projet organisé sur les bases suivantes :

1° La rétribution par vaccination ou revaccination sera élevée à 1 fr. au lieu de 0 fr. 50 dans la commune de la résidence (1) ;

2° Le médecin recevra, outre la gratification de 1 fr. ci-dessus indiquée, une indemnité de 1 fr. par kilomètre parcouru (aller seul) lorsque l'opération sera pratiquée dans les communes environnantes.

L'ampliation de la présente délibération et son envoi à M. le préfet sont confiés aux soins et à la diligence de MM. le président et le secrétaire du syndicat.

La réunion décide en outre que la présente délibération sera communiquée à la Société de Nimes et à l'association des médecins de l'arrondissement d'Alais.

Ont adhéré aux décisions ci-dessus indiquées les membres absents dont les noms suivent : MM. Galtier, Nines (de Gauges), Cambassédès, Claron (du Vigan).

Pour extrait conforme,
Le secrétaire de la séance,
Dr Farron.

(1) Il est bon de remarquer que le prix de chaque vaccination est fixé à 3 fr. dans le tarif à minima du Syndicat.

NOUVELLES

La concurrence médicale en Allemagne. — Le journal *Allgemeine medizinal Zeitung* raconte un fait qui dépeint bien l'intensité de la concurrence entre les médecins de campagne en Allemagne. Dans un village, un crieur public annonçait au son des trompettes que le docteur un tel faisait des visites à raison de 60 pfennig (75 cent.). Deux heures plus tard ce même crieur informait ses concitoyens qu'un autre docteur ne voulait prendre que 50 pfennig (60 cent.) par visite.

La responsabilité des médecins et des pharmaciens. — Un médecin qui se trompe dans son ordonnance et un pharmacien qui délivre la potion prescrite par erreur, sont-ils coupables, en cas d'accident, d'homicide par imprudence ?

Telle est la question que le tribunal de Châteaudun vient de résoudre affirmativement.

Le docteur Fleury soignait un sieur Landier, alors à l'hospice de Cloyes et atteint d'une maladie de poitrine. Par suite d'une erreur des plus regrettables, ce médecin, qui traitait son malade par le sulfate neutre d'atropine, poison des plus violents, rédigeait, à la date du 16 mars, une ordonnance par laquelle il prescrivait une potion composée de 1 gramme de ce sulfate et de 100 grammes de véhicule. Le pharmacien Bossuges prépara et délivra la potion. Landier, ayant absorbé 3 grammes du médicament, mourut trois jours après, empoisonné.

Devant le tribunal de Châteaudun, le médecin a déclaré que dans son ordonnance il avait écrit par erreur *un gramme*, au lieu d'un centigramme, qu'il voulait prescrire.

Quant au pharmacien, il a allégué pour sa défense que, s'il a exécuté l'ordonnance, bien que la dose d'atropine lui eût paru fort anormale, c'est que le médecin avait l'habitude d'exagérer quelque peu les doses dans l'emploi des toxiques.

Le docteur Fleury a été condamné à 600 francs d'amende et le pharmacien Bossuges à quinze jours de prison et 400 francs d'amende.

Les doctoresses a New-York. — Le journal anglais *Ladies Pictorial* nous apprend qu'il y a à New-York 450 femmes qui exercent la médecine. Le nombre des femmes médecins est encore plus grand à Brooklyn et dans les autres Etats.

Salies de Béarn (Basses-Pyrénées), 7 septembre.

Dans la nuit du mercredi 5 au jeudi 6 septembre, un violent incendie s'est déclaré dans l'établissement des bains et l'a complètement détruit, ainsi que deux maisons voisines. Heureusement il n'y a eu aucun accident de personnes. Une fois les premiers moments de la panique passés, nos confrères de Salies, de concert avec l'administration des salines et les habitants du pays, ont organisé dans tous les hôtels et les locaux disponibles un service de bains provisoire, et dès le jour même les baigneurs ont pu continuer leur traitement. L'Administration a établi des locaux provisoires où, grâce à la conservation des chaudières, on continuera la saison qui eût pu être brusquement interrompue deux mois avant sa clôture.

D'ailleurs, tous les malades en traitement ont pu rester ici, et tous ceux qui ont l'intention de venir ici à la fin de la saison sont assurés de trouver tout ce qui leur sera nécessaire.

Un médecin de Paris.

Le Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André, 3

Dixième année **N° 38** 22 Septembre 1888

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE

Traitement du cancer de la bouche.

M. *Prengrueber*, chirurgien des hôpitaux, a lu à l'Académie de Médecine la communication suivante:

« J'ai l'honneur de présenter à l'Académie un malade auquel, il y a six mois, j'ai dû enlever la plus grande partie de la langue, tout le plancher de la bouche et une grande étendue du maxillaire inférieur, pour remédier à un volumineux cancer ulcéré.

La grande étendue de la perte de substance que j'ai dû faire pour enlever la totalité du mal, la guérison rapide et complète du malade, la situation particulièrement satisfaisante dans laquelle il se trouve toujours à l'heure actuelle, donnent un intérêt tout particulier à l'observation de cet homme ; la voici résumée en quelques mots.

Il s'agit d'un homme de 43 ans, qui n'avait jamais été malade, jusqu'au moment où est apparue l'affection qui l'a amené à l'hôpital. Il n'est pas syphilitique, mais il avoue boire et surtout fumer d'une façon exagérée.

Vers le mois de mars 1887, il constata sur la partie médiane de ses gencives inférieures, une ulcération à laquelle il n'attacha d'abord pas grande importance, mais qui ne tarda pas à s'étendre et à envahir les parties voisines. Peu après, l'ulcération devenait le siège d'un écoulement sanieux, abondant et fétide ; elle s'accompagnait d'hémorrhagies fréquentes, que provoquaient les traumatismes les plus légers ; enfin, elle était douloureuse, et la douleur vive, lancinante, partant du siège du néoplasme, s'irradiait dans la tête, principalement du côté de l'oreille droite.

La déglutition, la mastication et la parole étaient devenues très difficiles, et l'état général du malade déclinait de jour en jour.

C'est dans ces conditions un peu tardives qu'il entra à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Péan. M. Péan, étant à ce moment souffrant, voulut bien me confier le malade. Voici dans quel état je le trouvai à la date du 2 mars 1888.

Lorsqu'il ouvre la bouche, ce qui ne peut être obtenu qu'avec difficulté et incomplètement, on constate que la branche horizontale de la mâchoire inférieure et les gencives correspondantes, la totalité du plancher de la bouche, et la portion attenante de la base de la langue sont remplacés par un tissu dur, mamelonné, bourgeonnant, ulcéré et ramolli par places ; l'exploration de la région sous-maxillaire montre qu'elle est remplie par des prolongements du néoplasme buccal ayant envahi les glandes sous-maxillaires et les ganglions ; notons enfin que des prolongements de ce même néoplasme peuvent être suivis du doigt jusqu'au voisinage des piliers antérieurs. Du côté droit, ils font sur le bord de la langue une saillie plus volumineuse qu'une grosse amande. En somme, on peut estimer que la langue, complètement immobilisée par le néoplasme, est envahie dans les trois quarts de sa substance environ. Il ne reste plus que la muqueuse dorsale qui avoisine l'épiglotte, doublée d'une couche peu épaisse de substance musculaire.

La déglutition, la parole sont extrêmement gênées, il s'écoule constamment de la bouche un mélange de salive, de sanie purulente et de sang ; enfin le malade souffre atrocement, il ne dort pas, e

son amaigrissement, la teinte terreuse de sa peau, indiquent un état cachectique avancé.

Voici l'opération que j'ai pratiquée. Je fais une longue incision parallèle au bord inférieur du maxillaire, et ayant l'étendue de ce bord, remontant même sur le bord postérieur de la branche montante à droite.

Disséquant la lèvre antérieure de l'incision, je taille un vaste lambeau comprenant toute la lèvre inférieure et une partie de la joue. Dans ce lambeau j'ai conservé la partie inférieure du périoste maxillaire. La partie supérieure envahie par le néoplasme est laissée adhérente au maxillaire. L'os est ensuite scié en deux endroits au moyen de la scie du polytritome. A gauche l'incision porte à un centimètre en avant de la branche montante, à droite elle porte sur la branche montante elle-même préalablement séparée du masséter sur une hauteur de cinq à six centimètres.

Cela fait, je dissèque la lèvre inférieure de l'incision de façon à former un lambeau avec la peau de la région sus-hyoïdienne Les glandes et ganglions sous-maxillaires, ainsi mis à nu, sont rattachés à la masse principale de la tumeur qui se trouvait ainsi libérée en avant et sur les côtés. Pour sectionner sa base, j'ai tout d'abord assuré l'hémostase préventive au moyen des pinces courbes de Péan placées en travers de la langue en arrière du néoplasme, et j'ai enlevé tout ce qui était placé en avant de ces mêmes pinces.

Après m'être assuré que je ne laissais pas de tissu morbide dans la plaie, j'ai rapproché mes lambeaux cutanés et je les ai suturés, sauf à leurs deux extrémités par lesquelles passaient les pinces hémostatiques laissées en place.

Les suites opératoires furent simples, et au bout de 48 heures on enlevait les pinces.

On alimenta tout d'abord le malade avec la sonde œsophagienne, puis celle-ci devint inutile. Le 21 mars, le malade se promenait et le 4 avril il quittait l'hôpital.

Aujourd'hui, 11 septembre, la plaie opératoire est parfaite. L'absence du menton est en partie dissimulée par la barbe, et la partie de la langue respectée, adhérant à la face postérieure de la cicatrice cutanée, forme un plancher buccal très satisfaisant ; toutefois nous devons signaler en dehors, le long de la carotide, loin de la plaie opératoire, un gros ganglion indolore et qui, paraît-il, reste stationnaire depuis plus d'un mois.

L'alimentation s'exécute facilement, au moyen d'un entonnoir muni d'un tube en caoutchouc, qui porte les aliments dans l'arrière-bouche. Le goût est parfaitement conservé. La parole est à peu près incompréhensible.

L'état général est aussi satisfaisant que possible et, malgré l'énorme difformité dont il est atteint, cet homme se rappelant l'état misérable dans lequel nous l'avons pris, se déclare heureux et reconnaissant de l'opération que nous lui avons faite et que deux chirurgiens, qu'il avait vus avant nous, lui avaient refusée.»

Règles à suivre pour éviter les inhumations prématurées.

M. *Bénard* (Saint-Germain-en-Laye) termine par les conclusions suivantes un mémoire sur ce sujet qu'il a adressé à l'Académie.

1° Non seulement les maires, mais aussi tous les habitants des communes doivent prendre connaissance des prescriptions relatives aux ensevelissements. Il faut que les enfants soient, dès l'école, instruits des précautions sur lesquelles insiste la circulaire du 25 janvier 1844 et celles qui l'ont suivie. Je rappellerai les termes de la première: « Le corps doit être laissé dans son lit ; on doit éviter de le transporter sur un sommier de paille ou de crin, de l'exposer à un air très froid, de couvrir et d'envelopper le visage. Le corps doit rester dans toutes les conditions de chaleur et d'air susceptibles de faciliter le retour à la vie.

On doit se garder de procéder à l'ensevelissement, à la mise en bière et à toute autre opération analogue ; et toutes ces prescriptions doivent être observées pendant le délai de 24 heures, à partir de la déclaration faite à la mairie. Si donc le médecin vérificateur, à son arrivée, constate quelques infractions aux dispositions réglementaires qui viennent d'être indiquées, il doit adresser à cet égard des recommandations à la personne présente. Si par exemple il trouve le corps déjà enseveli, il doit prescrire le désensevelissement et le faire exécuter sous ses yeux. En général, les médecins vérificateurs devront rappeler aux familles toutes leurs obligations à l'égard des individus déclarés pour morts, et leur faire observer que pendant le délai de 24 heures on doit prendre autant de soins d'une personne présumée décédée, que s'il s'agissait d'un malade.

2° L'officier de l'état-civil, étant responsable, doit, s'il omet de prendre toutes les mesures nécessaires pour faire vérifier les décès et donner, de cette façon, à la société et aux familles les garanties désirables, être puni pour manquements graves à son devoir.

Les maires devront suivre, à la lettre, les prescriptions contenues dans la circulaire ministérielle du 24 décembre 1866 et, à part la vérification directe qui ne peut être faite que par un médecin et seulement par lui, ils rempliront les autres formalités requises, telles que nomination de médecins vérificateurs et surtout (car, en cas d'accident, c'est là ce qui dégagera leur responsabilité), donner avis aux médecins des décès survenus dans leurs communes.

Les préfets doivent exiger qu'il soit enfin tenu compte des prescriptions si sages qu'ils ne cessent de transmettre aux maires de leurs départements. Pour arriver au but, il faudra briser certaines résistances, lutter contre le mauvais vouloir des uns, s'attaquer à l'insouciance des autres ou même détruire les préjugés nés de l'ignorance chez quelques-uns; mais on atteindra certainement ce but, si l'on veut bien ne pas reculer devant les mesures suivantes, si rigoureuses qu'elles puissent paraître : Après dénonciation des contraventions, condamnations

aux amendes, puis révocation du maire démontré incapable de veiller sérieusement aux intérêts de ses administrés, sans préjudice de peines qui pourraient lui être appliquées dans le cas où l'on constaterait l'inhumation d'une personne vivante.

3° Un examen consciencieux fait par un médecin étant la meilleure garantie contre les périls de la mort apparente, il est de toute nécessité, comme nous l'avons dit plus haut, que le médecin vérificateur s'assure de visu de la réalité de la mort. Les seuls signes infaillibles étant la rigidité cadavérique et la putréfaction, le médecin ne donnera son attestation que lorsqu'il aura constaté la présence de ces phénomènes.

La rigidité cadavérique peut, dans certaines maladies, se montrer avant la mort; elle est d'ailleurs, un signe trop fugace pour les constatations, il sera donc préférable d'attendre, dans tous les cas, le premier signe extérieur de la putréfaction. On sait que la coloration verdâtre de l'abdomen est le phénomène initial de cette décomposition. Le médecin vérificateur pourra donc signer le certificat de décès, dès son apparition, sans même attendre les 36 ou 48 heures du délai minimum.

L'attente serait, du reste, sans dangers, puisque cette coloration semble à l'abdomen marcher du dehors au dedans. On constate, à l'autopsie, que les viscères sont bien conservés. Dès que la tache se montre, on cesse l'emploi des moyens qui ont servi à en hâter l'apparition. Le but est atteint, et on le dépasserait d'une manière nuisible pour l'hygiène en provoquant une putréfaction plus avancée.

4° Comme conclusion dernière, avec Tardieu et la plupart des médecins qui se sont occupés de la mort apparente, je demanderai la création de dépôts mortuaires.

« Cette institution, dit Tardieu, a les avantages suivants : Lieu de dépôt pour les morts, utile à la population pauvre accumulée dans des logements étroits ; inhumations précipitées devenues impossibles, certitude de la vérification des décès et faculté d'attendre sans inconvénient le développement de la putréfaction ; possibilité, pendant une épidémie, d'enlever rapidement les corps et de prévenir le danger d'infection ou de contagion, tout en conservant la garantie du délai légal et même au delà ; constatation plus sûre des crimes; facilités données aux recherches scientifiques et médico-légales. »

Dans la création de ces dépôts, l'on se rallierait aux conclusions adoptées par la Société de médecine publique et d'hygiène dans sa séance du 25 février 1880.

Le dépôt mortuaire serait établi autant que possible à proximité du centre de chaque quartier dans un bâtiment isolé.

Le dépôt mortuaire sera un local simplement et décemment aménagé, distribué en cellules complètement isolées, et chaque famille pourra venir veiller, jusqu'au dernier moment, sur ceux qu'elle a perdus.

Le transport au dépôt mortuaire sera facultatif ; les corps y seront transportés aussitôt la visite du médecin de l'état civil et sur son indication par les soins de l'administration municipale.

5° A chaque dépôt sera annexé un appareil à désinfection à air chaud où seront apportés les vêtements et les objets de literie des décédés. Ils y seront immédiatement assainis.

Sur la nature infectieuse du tétanos.

M. L.-G. *Richelot* a soutenu l'origine nerveuse du tétanos dans une brillante thèse d'agrégation en 1875 ; mais il se rallie maintenant à la nature infectieuse à la suite de deux cas qu'il vient d'observer.

« La plupart des chirurgiens français adoptaient vers 1875 la théorie nerveuse du tétanos, celle qui considère la lésion des extrémités nerveuses ou des conducteurs comme la source unique du phénomène réflexe, et qui admet l'irradiation par les nerfs, rejetant l'idée d'une infection par le sang. Quelques succès de névrotomie venaient à l'appui de cette doctrine, et Brown Séquart avait fait cesser des phénomènes tétaniques chez un animal par la section nerveuse.

Même à cette époque, certains auteurs préféraient la théorie humorale, c'est-à-dire l'idée d'un poison qui, absorbé par la plaie, va irriter directement la moelle en exagérant sa puissance réflexe. Il se passe ici un phénomène analogue à celui que l'on observe dans l'empoisonnement par la strychnine. Cette manière de voir a pour elle des arguments sérieux, entre autres les épidémies de tétanos, car il y a bien longtemps que le tétanos est reconnu épidémique ; seulement on attribuait les épidémies à une influence générale atteignant à la fois plusieurs individus sans aucune transmission. Tel est le froid, telles sont les causes dépressives.

Depuis, grâce surtout aux travaux de Verneuil, on en arrive à croire plus généralement que par le passé que ces épidémies ont une origine infectieuse et par conséquent contagieuse.

Voici une histoire où le fait de la contagion ne saurait être nié sans parti pris :

Louise L..., 21 ans, mal réglée depuis 16 ans, mariée en 1885, n'a pas eu de grossesse. En décembre 1887, elle fait un premier séjour à Beaujon pour des douleurs abdominales et des pertes de sang ; à la suite du grattage de la cavité utérine, amélioration.

Le 26 mai, elle entre à l'hôpital Tenon, elle se plaint de pertes blanches et de souffrances continuelles dans les deux fosses iliaques, irradiant vers le périnée et les lombes. A la palpation abdominale, on constate la présence d'une petite tumeur dure, bosselée, mobile, correspondant à la trompe et à l'ovaire de chaque côté. Au toucher vaginal, l'utérus est petit, mobile : les culs-de-sac sont souples, mais sensibles à la pression.

Il s'agissait d'une salpingo-ovarite à forme grave qui méritait une intervention chirurgicale.

Je procédai, le 15 juin, à l'ablation des ovaires et des trompes. Après l'opération qui n'a été ni longue, ni laborieuse, la température ne s'élève pas un instant. Le 18 la guérison paraît assurée, mais

le 21, c'est-à-dire le septième jour, la scène change brusquement : la malade souffre de la nuque et a de la peine à écarter les mâchoires. Dans la journée, le trismus se prononce ; le pouls monte à 120, la température reste normale, opisthotonos, raideur des membres. Dans la nuit, gêne extrême de la respiration, contracture généralisée, cyanose. A 6 heures du matin, la malade succombe, avec une ascension subite de la température à 42°. Le chloral n'avait amené aucune amélioration.

A l'autopsie on trouve tous les organes sains.

Je ne voyais aucun enseignement à tirer de ce nouvel exemple de tétanos. Où trouver une source d'infection, où « chercher le cheval ? » Je dois dire, cependant, que du 16 au 19 on avait remué dans la cour de l'hôpital et étalé sur les plates-bandes une grande quantité de fumier. Était-ce là la cause des accidents survenus le 21 ? Y avait-il eu quelque transmission par les gens de service jusqu'à la malade couchée au troisième étage ? L'argument est précaire en faveur de l'origine équine du tétanos.

Le 28 juin, une jeune femme de 20 ans entre dans mon service : elle est atteinte d'une salpingo-ovarite, à marche rapidement progressive. Je l'opère le 5 juillet ; les suites sont encore plus simples, s'il est possible, que dans le cas précédent. Mais le 11, le septième jour, comme chez l'autre opérée, à 7 heures du matin, se déclare une douleur vive, une sorte d'aura qui vient du côté gauche de l'abdomen. En même temps elle a mal à la gorge, et le trismus commence. Les convulsions toniques se déclarent bientôt, se généralisent malgré l'administration du chloral à hautes doses ; la malade meurt le 13 juillet à 1 heure du matin.

A l'autopsie la cavité péritonéale est saine.

Cette observation comporte un enseignement précieux ; le second tétanos à coup sûr, est la conséquence du premier. On avait, dans la chambre affectée aux laparotomies, lavé les murs à l'acide phénique et brûlé du soufre pendant plusieurs jours. Malgré cette désinfection qui nous avait paru suffisante, un agent toxique a été transmis d'une opérée à l'autre. Par où s'est-il glissé ? Quel objet lui a servi de véhicule ? Quoi qu'il en soit, sa présence m'est aussi bien démontrée que si je l'avais vu de mes yeux, car le mal a éclaté à quelques jours de distance, dans le même lieu et dans des conditions identiques. Il faudrait aimer les coïncidences fortuites, pour ne voir dans ce double événement qu'un simple effet du hasard. »

La dysenterie chez les jeunes chiens.

D'après M. *Mathis* (de Lyon), cette affection serait de nature microbienne et identique à la diarrhée verte des enfants : elle est caractérisée par des vomissements réitérés à la suite de chaque repas, puis il y a du dégoût pour les aliments habituels et les malades n'acceptent que des liquides froids ou sucrés ou de la viande crue ; en même temps ou peu après, apparaît de la diarrhée avec expulsions de plus en plus fréquentes. Les matières vomies changent vite de caractère : d'abord alimentaires, elles deviennent bientôt jaune-verdâtres, bilieuses et quelquefois striées de sang. Celles qui sont rejetées par l'anus ne se transforment pas moins rapidement. Mais il n'est pas exact, suivant M. Trasbot, rapporteur à l'Académie du travail de M. Mathis, de dire que cette maladie soit généralement considérée comme contagieuse, et c'est au moins une exagération de dire qu'une fois installée dans une portée, aucun des jeunes n'y échappe.

Jusqu'alors, on a accusé le régime d'être la cause de la dysenterie des jeunes chiens.

Cette opinion exprimée par tous les praticiens qui ont étudié la question n'est guère contestable, puisqu'on peut faire naître la maladie pour ainsi dire à volonté.

Il faut, en outre, remarquer que la dysenterie des jeunes chiens est exactement semblable, par ses symptômes et sa marche, à l'entérite diarrhéique des poulains, des veaux et des agneaux. Il y a donc quelques raisons de penser que chez ces derniers aussi cette entérite se développe sous l'influence des mêmes causes. Des faits nombreux viennent, du reste, corroborer cette manière de voir.

Partant de cette donnée douteuse que la maladie devait être contagieuse, M. Mathis en a cherché le germe. Il est parvenu à isoler et à cultiver l'agent pathogène supposé et, avec les produits de ses cultures, à reproduire approximativement la maladie, car les animaux sur lesquels il a expérimenté n'ont montré que des phénomènes sans gravité (troubles digestifs éphémères, etc.).

Il ne ressort donc pas de ces expériences, dit M. Trasbot, la preuve absolue que le bacille, dont la présence a été constatée dans le cadavre des animaux morts, est la cause première, essentielle de la maladie. Pour qu'il en fût ainsi, il faudrait qu'avec les produits de culture ingérés, on eût fait naître chez les jeunes animaux la maladie dans toute son intégrité et avec toutes ses conséquences, ce qui n'a pas encore été obtenu. Il se peut que l'idée de M. Mathis soit juste, mais il lui reste à en fournir la preuve.

MÉDECINE PRATIQUE

Comment faut-il soigner les phthisiques ?

DEUXIÈME ARTICLE.

Nécessité du diagnostic précoce. — Peut-on créer l'immunité par vaccination ? — Recherche des antiseptiques spécifiques. Valeur de la créosote. — Pulvérisations et inhalations. — Complexité de la phthisie au point de vue bactériologique.

Nous avons dit que la fréquence extrême avec laquelle la tuberculose survient chez les dyspeptiques et particulièrement chez les individus atteints de dilatation de l'estomac nous impose l'obligation de soigner avec toutes les ressources de l'hygiène et de la thérapeutique les gastropathes, surtout s'ils appartiennent à une famille déjà entachée de prédisposition à la phthisie.

Nous devons nous préoccuper aussi beaucoup plus qu'on ne le fait d'ordinaire des autres conditions d'hygiène générale, notamment de l'aération insuffisante.

Ces mêmes soucis relatifs à l'hygiène vont être encore au premier plan quand il ne s'agira plus de prémunir nos clients contre l'invasion de la tuberculose, mais quand nous aurons constaté qu'elle est réalisée.

II

On ne saurait trop redire que l'importance d'un diagnostic précoce est capitale. On diagnostiquera d'autant plus tôt la tuberculose qu'on la cherchera sans cesse. Aussi ne doit-on pas se lasser d'ausculter périodiquement les individus qui se trouvent dans des conditions où l'on devient tuberculeux; il faut les ausculter même s'ils ne toussent pas. Tout dyspeptique ou dilaté qui présente des signes de dépérissement, d'anémie, qui maigrit et dont les muqueuses se décolorent, doit être ausculté méthodiquement, même lorsqu'il n'accuse aucun symptôme d'affection broncho-pulmonaire. Bien entendu, il ne faut rien espérer découvrir par une auscultation grossière, comme on en fait trop souvent. C'est seulement en observant strictement les préceptes si bien tracés par M. Grancher, qu'on y arrivera en combinant la percussion, la recherche des vibrations vocales et l'auscultation comparative de la force, de la durée et du timbre du murmure respiratoire dans les points homologues des deux poumons, surtout des régions claviculaires, en analysant surtout isolément les caractères de l'inspiration. Si la découverte du bacille de Koch a été une grande conquête en nous donnant la preuve péremptoire du diagnostic des phthisies déjà avancées, quoique douteuses ou larvées, il faut bien avouer qu'elle a eu ce fâcheux résultat de détourner quelque peu les jeunes générations médicales de la pratique minutieuse de l'auscultation. Or le moment où le bacille apparaît dans l'expectoration est déjà très tardif, et bien longtemps avant, l'examen stéthoscopique permet un diagnostic assez net pour imposer l'obligation d'une thérapeutique active.

III

Mais, avant d'aborder la thérapeutique, une première question s'impose. Aujourd'hui que les recherches de Pasteur, Bouchard et Charrin, Roux et Chamberland, Chantemesse et Widal, Gamaleïa sur le choléra des poules, la maladie pyocyanique, la septicémie gangreneuse, la fièvre typhoïde et le choléra asiatique nous ont fait entrevoir la possibilité de créer l'immunité contre les maladies infectieuses par les vaccins chimiques, pouvons-nous espérer que pareille application pourra être faite un jour pour la tuberculose? — Malheureusement non, puisque la tuberculose n'est pas une de ces affections dont une atteinte légère préserve contre les atteintes plus graves, puisque les tuberculoses locales ne créent pas l'immunité contre la tuberculisation généralisée. Bien au contraire, tout le monde a vu des sujets atteints d'ostéo-arthrite tuberculeuse dans l'enfance succomber plus tard à une méningite, d'autres qui, après avoir eu dix ou quinze ans plus tôt un sommet pulmonaire attaqué, puis guéri, succomber ultérieurement à une reprise de leur phthisie.

Il y a quelques années, notre collègue Marfan avait émis l'opinion que les individus atteints des écrouelles, que nous savons être des adénopathies tuberculeuses, ne deviennent presque jamais phthisiques parce qu'ils ont conquis, par suite de l'existence de l'infection ganglionnaire, l'immunité contre les formes plus virulentes de la tuberculose. Cette hypothèse, étayée sur un trop petit nombre de faits, n'a pu tenir contre l'expérience générale. Les écrouelleux peuvent très bien devenir phthisiques.

On n'a pas oublié que M. Cantani (de Naples) avait cru découvrir un antagonisme entre le bacille tuberculeux et un autre microbe, agent de putréfaction, le bacterium termo; il avait institué un traitement qui consistait à faire aux phthisiques des pulvérisations et des inhalations avec des cultures de ce microbe. Les premières observations recueillies avaient paru favorables, mais des expériences de contrôle plus multipliées ont montré l'inanité de cette méthode.

IV

Les efforts des travailleurs dans ces dernières années ont porté plus particulièrement sur la recherche d'un antiseptique capable de neutraliser ou de détruire le bacille tuberculeux dans l'économie, et d'abord on a essayé l'action des antiseptiques sur les cultures in vitro ou dans l'organisme d'animaux rendus au préalable tuberculeux par inoculation. Ce n'est pas ici le lieu d'entrer dans le détail de ces expériences; les résultats obtenus par les très nombreux expérimentateurs sont par malheur très discordants. Mais ce qu'on en peut conclure, c'est que très peu d'antiseptiques ont une action de quelque importance sur le bacille des tuberculeux, qui est un des plus résistants parmi les microbes pathogènes.

Cependant, le mercure, l'iode, l'acide phénique et la créosote sont parmi les substances qui, employées à des doses suffisantes, en solutions assez concentrées peuvent, sinon tuer le microbe, du moins entraver sa pullulation.

L'eucalyptol, l'acide fluorhydrique, l'hydrogène sulfuré n'ont pas répondu aux espérances qu'on avait conçues. Nous avons indiqué au fur et à mesure des publications faites dans la presse les péripéties diverses qu'a traversées l'étude de chacun de ces corps.

La valeur de la créosote, sur laquelle nous reviendrons tout à l'heure, nous semble reposer sur une base expérimentale autrement solide. Parmi les arguments qui militent en sa faveur, citons seulement le suivant; c'est une expérience remarquable exécutée dans le laboratoire de M. Bouchard et dont notre maître a rendu témoins les auditeurs de son cours cette année.

Deux lapins de même âge, de même poids, aussi semblables qu'on peut supposer deux animaux de même espèce au point de vue expérimental, ont été inoculés le même jour avec une même quantité du même virus tuberculeux. A partir de ce jour, tous deux continuent à vivre dans les mêmes conditions

hygiéniques d'aération et d'alimentation; mais l'un ne reçoit aucun médicament; l'autre reçoit chaque jour 0 gr. 25 de créosote par kilogramme de son poids. Au bout de quelque temps le premier maigrit, devient malade et succombe. Le jour de sa mort, on sacrifie le second qui n'a nullement perdu l'apparence d'un animal bien portant.

Les viscères des deux animaux disposés symétriquement sur deux planchettes ont circulé devant les auditeurs du cours de pathologie et de thérapeutique générale : ceux du lapin non traité étaient tous farcis de tubercules plus ou moins caséifiés, les reins en outre étaient amyloïdes ; ceux du lapin qui avait été soumis à la créosote dès le moment de son inoculation étaient absolument indemnes de tuberculose. Cette expérience ne démontre pas, bien entendu, qu'on peut guérir tous les phthisiques par la créosote, mais elle permet d'admettre que la créosote neutralise l'action du virus tuberculeux quand on oppose dès le début cet antiseptique à dose suffisante au développement du microbe; c'est donc un fondement expérimental solide qui légitime le choix de cet antiseptique préférablement à d'autres dans la thérapeutique de la phthisie. On se trouve encouragé à l'employer le plus tôt possible et à aussi hautes doses, que le permettent les circonstances, points sur lesquels nous reviendrons plus loin, en citant les résultats statistiques cliniques obtenus en France et à l'étranger depuis 1877 où grâce à MM. Bouchard et Gimbert la créosote, essayée vers 1830 et tombée dans l'oubli, a été reprise et réhabilitée.

V

Quel que soit l'antiseptique auquel on ait recours, il faut toujours l'introduire dans l'économie d'une des façons suivantes : par inhalations ou pulvérisations dans le poumon, par injections interstitielles dans le parenchyme même de cet organe, ou par la circulation générale, soit qu'on l'amène dans le sang par la voie digestive, par injection sous-cutanée ou rectale. Il y a lieu de se demander quels sont les avantages et les inconvénients de chacun de ces modes d'administration ou mieux quelles sont les indications qui peuvent faire adopter, suivant les cas, l'un plutôt que l'autre, ou en associer plusieurs.

L'idée d'introduire directement le médicament dans le poumon au contact des surfaces tuberculeuses est une idée qui, au premier abord, séduit tout le monde par son apparente logique. Aussi les inhalations et les pulvérisations ont-elles été essayées de tout temps ; elles ont été très préconisées dans ces dernières années ; elles sont acceptées volontiers par tous les malades. Par malheur, elles sont passibles, les inhalations surtout, d'une grave objection.

Une réflexion plus attentive et les expériences aussi démontrent que les substances transportées dans l'appareil bronchique par le courant d'air inspipiré ne se diffusent pas également sur tous les points de la surface respiratoire. Si la répartition est à peu près uniforme dans un poumon sain, dont toutes les ramifications bronchiques sont libres, il en est tout autrement dans un poumon malade. Le courant d'air inspiré se précipite aisément dans toutes les parties demeurées saines où les bronches sont perméables et les alvéoles non obstrués. Mais le premier effet de l'infiltration tuberculeuse est de rétrécir les bronchéoles sus-lobulaires, de combler les alvéoles, si bien qu'en réalité les substances médicamenteuses inhalées par un phthisique arrivent bien au contact des parties de son poumon demeurées saines, mais non de celles qui sont malades.

Les liquides pulvérisés en molécules très fines pénètrent probablement mieux que les vapeurs au contact des surfaces tuberculisées et dans une petite mesure peuvent peut-être contribuer à les déterger, mais il faut se rappeler que ce n'est pas en surface que se fait l'extension des tubercules ; c'est en profondeur dans le parenchyme. Ce n'est pas en neutralisant les bacilles qui se trouvent sur la surface broncho-alvéolaire ulcérée et suppurante qu'on empêchera la germination et l'extension des bacilles dans la profondeur, par les voies lymphatiques et sanguines. C'est en arrivant par la circulation générale que l'antiseptique peut donc seulement avoir chance de s'opposer dans une certaine mesure à l'extension du bacille. Ce n'est pas à dire, malgré ces critiques, qu'il faille dédaigner les inhalations et les pulvérisations. Mais il faut se rendre compte de leur mécanisme vrai, afin de les utiliser comme il convient.

Les inhalations ont presque exclusivement pour résultat de faire pénétrer les substances dans la circulation par absorption au travers de la muqueuse respiratoire des parties saines. Les pulvérisations agissent surtout de cette façon ; accessoirement elles peuvent agir comme topiques et déterger les surfaces sécrétantes et ulcéreuses des premières voies bronchiques. Mais c'est alors moins contre les bacilles tuberculeux qu'elles se montrent efficaces que contre les microbes qui exercent parallèlement à eux leurs influences fâcheuses.

C'est ici le lieu de rappeler, fait trop souvent oublié, que le processus de la phthisie est des plus complexes au point de vue bactériologique. Si le bacille de Koch en est le coryphée, le primum movens, les dégâts dont le poumon est le siège ne dépendent pas tous de sa présence, il s'en faut de beaucoup. Si la tuberculose est une, la phthisie est complexe. Les infections secondaires jouent un rôle important. La suppuration, la gangrène, avec leurs diverses espèces de microcoques et de bactéries interviennent pour une part considérable au deuxième et surtout au troisième degré de la tuberculose. Or, contre les microbes de la suppuration et de la gangrène, contre les micro-organismes pyogènes et saprogènes, bon nombre d'antiseptiques sont efficaces ; la plupart de ces microbes sont en effet beaucoup plus vulnérables que le bacille tuberculeux de Koch.

De là vient l'illusion éprouvée par beaucoup d'observateurs qui, ayant administré aux phthisiques du deuxième et troisième degré certains médicaments antiseptiques destinés à s'éliminer par les bronches, comme l'eucalyptol, les balsamiques, l'iodoforme, l'hydrogène sulfuré, les hyposulfites,

ou pénétrant comme topiques, tels que l'acide fluorhydrique et les autres médicaments introduits par inhalation ou pulvérisation, ont vu l'expectoration diminuer, perdre sa fétidité, cesser d'être purulente ; par suite, l'hecticité s'interrompre, la fièvre de résorption putride s'amender ; les malades manger mieux et reprendre du poids. Tous ces résultats sont à coup sûr utiles ; il ne faut ni les nier, ni les dédaigner ; mais il ne faut pas non plus s'aveugler sur leur signification.

Il nous semble donc que les indications des inhalations et des pulvérisations sont : d'une part la nécessité de faire absorber par la muqueuse respiratoire un médicament dont on veut saturer l'économie sans fatiguer les voies digestives ; de l'autre le besoin d'agir sur certains processus accessoires parallèles au processus de tuberculisation, tels que la suppuration bronchique, le sphacèle des parois des cavernes, l'abondance et la fétidité de l'expectoration avec les conséquences d'auto-intoxication, fièvre, anorexie, sueurs, diarrhée, amaigrissement. C'est un moyen auxiliaire, et non le principal. Il n'y faut pas voir une panacée.

Parmi les antiseptiques qui ont été utilisés en pulvérisation avec le plus de succès, nous citerons le biiodure de mercure que MM. Miquel et Ruff ont employé à l'hôpital Rothschild. La solution était la suivante :

Biiodure de mercure......	} àà 1 gramme.	
Iodure de potassium......		
Eau....................	1.000 grammes.	

Ces messieurs ont déterminé exactement les quantités du sel mercuriel débitées par le pulvérisateur à vapeur ; ils ont montré que par ce procédé il y a bien réellement pénétration de poussière médicamenteuse dans les voies respiratoires. Le liquide qui part du pulvérisateur en solution à 1/1000 se dépouille peu à peu de sa partie aqueuse, et au-delà de 30 à 40 centimètres, le corps actif reste à l'état de siccité sous forme de sphérules solides de 3 millièmes de millimètre de diamètre. Cela diffère singulièrement des pulvérisations habituelles où la poussière d'eau seule pénètre dans les voies respiratoires.

Les observateurs précités ont vu, sous l'influence de ces pulvérisations, l'expectoration diminuer, les symptômes généraux et locaux s'amender, les bacilles diminuer, disparaître même quelquefois, paraît-il.

Nous dirons ultérieurement, en exposant les divers modes d'administration de la créosote, qu'on obtient d'aussi bons résultats avec les pulvérisations de créosote.

(*A suivre.*) P. Le Gendre.

OPHTHALMOLOGIE PRATIQUE

Le bandeau en Ophthalmologie

Par le docteur A. Trousseau, Médecin de la Clinique nationale des Quinze-Vingts.

Malgré la banalité apparente du sujet, je me crois autorisé à dire quelques mots de l'emploi du bandeau sur les yeux malades ou opérés.

Cet appareil est ordonné, en général, tout à fait au hasard ; il y a peu de praticiens qui, en présence d'une inflammation quelconque de l'œil, ne conseillent immédiatement de couvrir l'organe d'un bandeau.

J'espère démontrer que cette façon de faire est non seulement inutile la plupart du temps, mais encore dangereuse dans un certain nombre de cas.

Voyons d'abord quel est le mode d'action du bandeau :

Il a sur la partie enveloppée plusieurs effets bien déterminés. Il la met à l'abri du contact de l'air, de la poussière, de la lumière ; il exerce sur elle une certaine compression et l'entretient à une température plus élevée que les régions voisines.

A première vue, on aurait tendance à croire qu'il n'y a là que des avantages, mais toutes les affections oculaires ne craignent pas le contact de l'air et de la lumière, toutes ne se trouvent pas bien de la compression et d'une température élevée. Il y a, par exemple, une étonnante contradiction dans la pratique de quelques-uns qui recommandent à leurs malades d'employer à domicile des compresses froides souvent renouvelées et qui conseillent de couvrir l'œil d'un bandeau pour éviter le froid du dehors.

Je ne suis pas, comme on pourrait le croire par ce début, l'ennemi juré du bandeau, je cherche seulement à prouver qu'il a, comme toute méthode, ses indications et ses contre-indications. Une certaine délicatesse est nécessaire dans son maniement, même lorsqu'on en juge l'emploi indispensable.

Les défauts de l'appareil tiennent à ses qualités. Soustrayant l'œil à l'air et à la lumière, il rend l'organe sensible au dernier point et intolérant pour ce que je ne craindrais pas d'appeler son milieu naturel.

Qui n'a vu, à nos consultations hospitalières, cet enfant guidé par sa mère, marchant la tête basse, les yeux bandés ? Le bandeau à peine enlevé, comme il fuit la lumière, quels cris il pousse, quelle lutte il engage avec le médecin, quelle stricture intense des paupières il oppose à toute exploration ! tellement qu'il faut employer l'écarteur pour pouvoir poser le diagnostic de l'affection oculaire. L'enfant a pris l'horreur du jour, et, je ne crains pas de l'affirmer, il doit cet état à l'emploi peu judicieux du bandeau plutôt qu'à la kératite que nous venons de lui reconnaître.

Je ne nie pas que l'origine du *blépharospasme* ne soit la phlegmasie cornéenne ; mais je prétends que ce spasme a été entretenu et augmenté par la compression.

Il y a pour cela deux raisons. Voici la première : le bandeau amène rapidement un certain degré d'entropion, il pousse les cils vers le globe oculaire et les force à frotter sur le bulbe, qui s'irrite davantage et réagit par une violente constriction de la paupière encore augmentée par le séjour forcé des larmes et des produits de la sécrétion conjonctivale, que le bandeau ne laisse pas s'écouler au dehors.

Pour mettre en relief le deuxième motif, j'emploierai une comparaison. Quel est l'individu qui, sortant d'une pièce obscure et se trouvant subitement dans une salle brillamment éclairée, ne s'est trouvé ébloui et n'a cherché pendant quelques instants à fuir la grande clarté ? Eh bien ! le malade abrité par un voile se trouve dans une situation analogue ; dès qu'il est rendu à la lumière, il fuit celle-ci et réclame la protection du bandeau auquel il doit, en partie, ses maux. Aussi, observons-

nous souvent ce phénomène : un malade guéri de son affection cornéenne continue à ne pouvoir supporter la lumière du jour, contre laquelle il veut un abri qu'on devra lui refuser si l'on ne tient à éterniser cette situation.

Mais, objectera-t-on, ce sont là des vues théoriques, et les malades réclameront toujours un appareil qui les soulage. Je répondrai que, depuis que j'ai supprimé le bandeau de ma pratique dans les kératites, je n'ai presque plus jamais à exécuter d'opérations contre le blépharospasme et que les guérisons sont beaucoup plus rapides. Les deux où trois premiers jours sont assez durs à passer, mais le soulagement qui survient les jours suivants, la facilité avec laquelle les malades supportent la lumière compensent largement la peine primitive. Je suis arrivé à cette façon de faire par l'expérience. Je laissais un œil couvert et un œil découvert alors que je constatais des lésions cornéennes et un blépharospasme identiques sur les deux yeux. Or, voilà qui est concluant, la lésion et le spasme cédaient beaucoup plus rapidement sur l'œil découvert.

Ceci s'est vérifié sur un nombre si considérable de malades que c'est pour moi, aujourd'hui, un article de foi.

On pourrait m'opposer le manque de protection de l'organe souffrant lorsqu'on supprime le bandeau ; mais ne peut-on employer des lunettes très légèrement teintées qui ne compriment pas le globe et laissent pénétrer les rayons du jour à peine atténués ? Je repousse les lunettes fortement fumées pour les motifs déjà indiqués.

En somme, dans les kératites, dans les affections de l'œil externe où il n'y a pas perte de substance ou infection microbienne, je proscris le bandeau, et je ne place sur l'œil, *par moments seulement*, que des compresses servant de topiques.

Ce n'est pas le lieu de passer en revue toutes les indications et les contre-indications du bandeau, je n'ai voulu qu'appeler l'attention sur certains points spéciaux touchant son usage. Je prendrai donc des exemples.

Dans les affections où il existe une abondante sécrétion (ophthalmie purulente), le bandeau qui enfermerait le loup dans la bergerie est contre-indiqué et doit être remplacé par des irrigations fréquentes et des compresses antiseptiques appliquées de temps en temps.

Dans l'iritis, au contraire, où il n'y a ni sécrétion, ni grande tendance au blépharospasme et où la chaleur soulage énormément le malade, le bandeau sera recommandé.

Quand il y a perte de substance de la cornée, ouverture accidentelle ou opération de l'œil, le bandeau est utile, mais seulement parce qu'il sert à maintenir sur l'organe des pansements antiseptiques et encore devra-t-il être supprimé aussitôt que possible.

Je pense que cet appareil complique inutilement les suites opératoires en entretenant une hypérémie conjonctivale, une irritation de l'œil hors de proportion avec le traumatisme subi. Sans aller jusqu'à la pratique de certains oculistes américains, qui ne mettent jamais de bandeau sur les yeux des opérés de cataracte, j'ai considérablement abrégé les ennuis de mes malades en leur enlevant le bandeau le quatrième jour après l'opération. A ce moment, la plaie est suffisamment coaptée, et c'est merveille de voir, au bout de six à huit jours, l'œil à peine injecté et supportant vaillamment la lumière.

Privons donc le moins possible l'œil de cette lumière, qui est, comme je disais plus haut, son milieu naturel, et n'oublions pas ce que rapporte André du Laurens dans son traité de 1611 sur l'art de conserver la vue : « Denis, tyran de Sicile, dit-il, aveugloit ainsi tous ses prisonniers, car les ayant enfermés dans une cachotte obscure, les faisoit tout soudain conduire en un lieu bien clair et perdoient tous la vue. »

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Nourrice contaminée par son nourrisson.

Le 6 mai 1885, c'était grande fête chez les époux B... Mme B... venait de mettre au monde un gros garçon.

Bientôt pourtant, et malgré les soins dont il était entouré, l'enfant ne tarda pas à dépérir. Il fallut le confier aux bons soins d'une nourrice.

Mme B... se mit aussitôt en recherches. Tout justement une voisine, Mme M..., était accouchée quelque temps auparavant. Sa fillette, née le 5 mars, paraissait forte, drue et bien portante, et l'air de bonne santé qui s'exhalait de son visage faisait l'éloge du lait maternel. Mme B... n'hésita donc pas, elle donna son enfant à Mme M..., en lui recommandant surtout de le nourrir au sein.

Quelques jours se passèrent. Bientôt le corps de l'enfant se couvrit de taches bizarres, son teint se plomba et sa nourrice elle-même remarqua sur son sein des taches et des boutons semblables à ceux qui affectaient le corps de l'enfant.

Mme B... porta son fils au docteur Moranger, qui recommanda, dans l'intérêt de tous, de cesser l'allaitement au sein. Cependant l'état de l'enfant ne faisait qu'empirer et, le 16 juillet 1885, il rendait le dernier soupir. Le docteur constata que la mort était due à la syphilis.

S'il faut en croire l'instruction, ce résultat ne surprit pas autrement les époux B... ; Mme B... allait même, prétend-on, jusqu'à dire : « Je savais bien qu'il ne vivrait pas, et qu'il mourrait au même âge que mon premier, que j'ai perdu à la campagne.

Mme M... de son côté, son mal empirant, se décidait à entrer à l'hôpital. Elle y fut à deux reprises différentes, du 29 septembre au 3 novembre, et le 17 décembre elle y retournait encore avec sa fillette contaminée, elle aussi.

Là Mme M... apprit quel était l'étrange mal dont elle était dévorée. Une enquête fut ouverte qui révéla que les époux B... avaient eu un précédent enfant, né le 28 novembre 1883, et mort de la syphilis le 5 février 1884. Bien plus, la nourrice de cet enfant, une femme L..., habitant l'Eure-et-Loir, avait, quelque temps après qu'on lui eût confié le jeune B.., été atteinte de syphilis et l'avait communiquée à son mari.

Tous ces faits étant relevés à la charge de M. et Mme B..., le parquet se décida à les poursuivre pour blessures par imprudence.

Les époux B..., contrairement à la prévention, soutiennent que c'est la nourrice qui a contaminé l'enfant ; appelés à examiner M. et Mme B... les médecins légistes ont déclaré n'avoir trouvé sur eux aucune trace de syphilis. Mais ils font observer qu'au bout d'un certain temps toutes les

traces syphilitiques disparaissent, et qu'on ne peut par conséquent rien conclure de leur absence.

Ils ajoutent d'ailleurs que la question est tranchée par ce fait que la maladie s'est d'abord révélée au sein, ce qui prouve surabondamment que c'est l'enfant qui, en s'allaitant, a communiqué son mal à Mme M... Ils font remarquer enfin que la similitude existant entre la mort du premier et celle du second enfant, entre la maladie de la première nourrice et celle de la seconde, et l'analogie des conditions dans lesquelles le mal s'est propagé, ne laissent subsister aucun doute. En conséquence, la neuvième chambre du tribunal correctionnel a condamné les époux B... chacun à 100 francs d'amende, et, statuant sur les conclusions de Mme M..., qui s'était portée partie civile en son nom et au nom de sa fille, a condamné les époux B... à payer 1,000 francs de dommages-intérêts à Mme M... et 1,000 francs à sa fille. (*Journ. des Sages-femmes.*)

Un singulier Interne.

HERTFORD BRITISH HOSPITAL.

Beaucoup de confrères parisiens ignorent l'existence d'un hôpital situé à Levallois-Perret, construit et entretenu aux frais du philanthrope international, Sir Richard Wallace. Cet hôpital est une véritable merveille et réunit tous les perfectionnements tant au point de vue sanitaire, qu'à celui du luxe et du confort des malades ; on croirait en y entrant pénétrer bien plutôt dans un hôtel de la plaine Monceaux que dans un hôpital.

Mais notre intention n'est pas aujourd'hui de décrire cet établissement ; nous voulons simplement entretenir nos lecteurs d'un incident qui s'y est passé et sur lequel certains journaux anglais, et notamment le *New-York Herald*, ont cru devoir insister plus que de raison.

Le corps médical de cet établissement comprend deux chefs de service choisis parmi les plus honorables praticiens anglais de la capitale, pourvus d'un diplôme français, et d'un interne (*house surgeon*) non pourvu de diplôme français.

Nous n'avons pas été peu surpris de trouver dans le *New-York Herald* une note émanant de l'un des derniers internes, M. Prendergast, et relatant les divergences diagnostiques et thérapeutiques entre celui-ci et son chef de service le Dr Alan Herbert.

Il était dit *simplement* qu'un individu atteint de pleurésie était mort par le fait de la négligence du Dr Herbert. Qu'une jeune fille était morte de péritonite pour la même raison. Qu'un blessé avait vu sa plaie devenir septique, également par la faute du Dr Herbert. Qu'une pleurésie avait été prise pour un emphysème, etc., etc.

Toujours d'après l'interne du service, les malades atteints d'affections chirurgicales étaient voués à un triste sort dans l'établissement fondé par Sir Richard Wallace. C'est ainsi qu'ils étaient ou dirigés sur un grand hôpital français, ou soignés dans l'hôpital anglais, par un chirurgien français, le Dr Paul Berger. Ce fait monstrueux est qualifié par l'interne comme n'étant pas « *creditable to the english surgery* ».

Enfin, comme grief capital évoqué par l'interne, les Drs Alan Herbert et Faure Miller sont seulement pourvus de diplômes français, tandis que lui, Prendergast, est *doctor in medecine* (M. D.), *Master of surgery* (M. S.), *Member of the Royal University of Dublin* (M. R. U. D.), *Member of the Royal College of physicians of London* (M. R. C. P. L.), etc., etc., etc.. Voilà bien des titres pompeux qui assurent à M. Prendergast une grande notoriété dans son pays, mais qui ne valent pas le modeste titre de docteur en médecine (D. M. P.) qui est avant tout nécessaire pour exercer en France. M. Prendergast doit en savoir quelque chose, puisque, s'étant présenté récemment devant des juges français pour passer un examen de doctorat (il avait été dispensé par faveur de tous les autres), il a été simplement BLACKBOULÉ, malgré l'indulgence bien connue de la Faculté française pour les candidats étrangers.

Mais là n'est point la question. M. Prendergast, interne de l'hôpital Hertford, devait-il, s'il supposait que son chef de service s'était trompé dans ses diagnostics, saisir la presse politique de la question, ce qui était absolument contraire à tous les principes de la déontologie médicale?? Ses imputations étaient trop graves pour que nous n'ayons pas approfondi la question. Or, il résulte de notre enquête qu'aucune négligence n'a été apportée aux soins des malades de l'hôpital Hertford. Les patients auxquels il est fait allusion dans le *New-York Herald*, ont ont été vus non seulement par le Dr Alan Herbert, mais par deux chirurgiens distingués de nos hôpitaux, les Drs Berger et Barette. Ces noms en disent plus que n'importe quelle réfutation. Il n'est pas besoin d'ajouter que l'honorable Dr Herbert, bien connu de tous nos confrères parisiens, est médecin depuis 20 ans de l'hôpital Wallace dont il avait conçu les plans, qu'il est docteur en médecine de Paris et ancien interne de nos hôpitaux. La situation de ce chef de service ne *saurait donc être comparée* à l'inexpérience, doublée d'un peu de fatuité, du jeune Prendergast.

Mais ce qui est le plus drôle, c'est l'accusation formulée contre les médecins d'un hôpital situé en France d'avoir des diplômes français, et de faire venir, lorsqu'il y a un cas chirurgical grave, un chirurgien français Le jeune interne de l'hôpital Wallace méprise sans doute moins le titre de docteur français depuis sa mésaventure à l'Ecole.

Mais nous lui ferons remarquer que nous sommes en France, que la loi est formelle et n'autorise l'exercice de la médecine qu'aux praticiens munis d'un diplôme français. Il n'en est du reste pas autrement en Angleterre pour l'hôpital français de Londres, auquel nous avons eu l'honneur d'appartenir. Les médecins attachés à cet établissement, situé en Angleterre, n'ont que des diplômes anglais et, lorsqu'un cas chirurgical grave se présente, c'est sir W. Mac Cormack, chirurgien anglais, qui est appelé.

Nous ne pensons pas que les malades anglais de Paris soignés par le Dr Berger soient plus à plaindre que les malades français de Londres confiés au Dr Mac Cormack.

Nous n'aurions pas pris la peine de réfuter ces allégations malveillantes et diffamatoires qui relèveraient plutôt de la police correctionnelle que de la discussion médicale, si elles n'avaient pas été de nature à faire naître quelques doutes sur la bonne administration d'un établissement que tout le monde s'accorde à reconnaître comme l'expression la plus élevée de la bienfaisance individuelle. Il est bon de savoir, en effet, que, alors que l'hôpital français de Londres vit difficilement, grâce à des souscriptions publiques, l'entretien de l'hôpital anglais de Paris est entièrement à la charge de Sir Richard Wallace.

A. LUTAUD.

(*Journal de médecine de Paris.*)

Inspectorat des eaux minérales.

A la suite des avis exprimés par l'Académie de médecine et par le Comité consultatif d'hygiène publique de France, le Conseil d'Etat a été saisi, dans le courant du mois d'avril dernier, d'un projet de décret modifiant l'ordonnance du 18 juin 1823 sur l'inspection des sources et établissements d'eaux minérales, ainsi que le décret du 28 janvier 1830.

Le projet en question avait pour objet de modifier l'organisation de l'inspection actuelle et de la scinder en deux services distincts :

1° Le service des indigents qui aurait été confié à des médecins élus par leurs confrères dans les stations comptant plus de cinq médecins et nommés par le Ministre dans les stations moins importantes ;

2° Le service de l'inspection proprement dite qui aurait été confié aux conseils départementaux d'hygiène ou à des délégations prises dans leur sein.

A la suite d'une longue discussion, le Conseil d'Etat a émis un avis défavorable, en se fondant sur les raisons suivantes :

a) Les reproches qui ont pu être adressés à l'inspection actuelle tiennent, non pas à son organisation en elle-même, mais à l'insuffisance de son fonctionnement ;

b) Dans le projet nouveau, l'inspection, au lieu d'être individuelle, permanente et locale, et de consacrer ainsi, en cas de négligence, une responsabilité précise et facile à mettre en cause, ne serait plus que collective, périodique et placée loin des établissements à surveiller, c'est-à-dire illusoire ;

c) Les membres du Conseil d'hygiène n'étant pas rétribués, il serait difficile d'obtenir de leur part une surveillance active et vraiment efficace ;

d) Le Conseil d'Etat a craint également que les médecins auxquels on confierait le service des indigents, n'ayant plus le titre de médecins inspecteurs et ne trouvant plus dans les avantages et la considération qui s'attachent à ce titre une compensation aux charges et obligations résultant pour eux du temps et des soins gratuits qu'ils doivent donner aux malades pauvres, il ne se produisît des défaillances et que le service des indigents n'eût bientôt à en souffrir.

Dans ces conditions, le Conseil d'Etat, tout en reconnaissant que l'organisation actuelle pouvait laisser à désirer sur certains points, a pensé qu'elle était encore supérieure au système proposé ; il a rejeté, en conséquence, le projet soumis à son examen. Les choses restent donc jusqu'à nouvel ordre dans le *statu quo*.

THÉRAPEUTIQUE

Les phénacétines

Parmi les antipyrétiques qui ont été récemment étudiés, les phénacétines paraissent se recommander plus particulièrement en raison de certains avantages qu'on leur a attribués sur l'antipyrine et l'acétanilide. Elles se présentent sous la forme d'une poudre blanche cristalline qui a été utilisée pour la première fois en 1887 par Hinsberg et par Kast, et dont les effets ont été étudiés par Kobler, à la clinique du professeur Bamberger, à Vienne, et plus récemment par le Dr Gaiffe qui en a fait le sujet de sa thèse. Au début des expériences, les résultats annoncés par les auteurs n'étaient pas tout à fait concordants, ce qui tient à ce que les produits ne sont pas identiques. Les phénacétines ou acetphénétydines sont, en effet, au nombre de trois, que par abréviation nous désignerons par les termes d'ortho, méta, para-acetphénétydine. Leur formule est

$$C^6H^4 < \begin{matrix} OC^2H^5 \\ AzHC^2H^3O \end{matrix}$$

La méta, dont le point de fusion est à 96°, donne peu de résultats en thérapeutique et n'est pas employée.

La paraphénacétine est fabriquée en France par la maison Poirrier ; en Allemagne, par Bager et Cie. Les deux produits diffèrent quelque peu. Le produit français est une poudre blanc rosé qui fond à 134°, peu soluble dans l'eau froide, mais très soluble dans l'eau chaude, soluble à 1/15 dans l'alcool à 90°. Le produit allemand est insoluble dans l'eau chaude comme dans l'eau froide, la glycérine, les huiles ; il est soluble dans l'acide acétique et dans l'alcool à 90° dans la proportion de 1/30.

L'ortho-phénacétine se présente sous forme de paillettes blanches, brillantes, légères, inodores et insipides. Elle fond à 75° ; peu solubte dans l'eau froide, elle se dissout très bien dans l'eau bouillante, dans le chloroforme et dans l'alcool à 96° dans la proportion de 1/3. Pour leur préparation et leur dosage, nous ne pouvons que renvoyer au travail de M. Gaiffe (*Bulletin de thérapeutique*, 30 juillet 1888), désirant seulement insister ici sur leur application thérapeutique.

L'insolubilité des phénacétines dans la plupart des véhicules ordinaires oblige à les administrer exclusivement sous forme de cachets, ou même en poudre en raison de leur absence de saveur. Misrachi et Rifat ont cependant utilisé l'absorption cutanée à l'aide de la solution éthérée. Malgré cette insolubilité dans l'eau, la phénacétine est parfaitement absorbée par la muqueuse gastro-intestinale, ce qui est très probablement dû à la présence de l'acide lactique.

La phénacétine se dissout en effet dans l'acide lactique à la température de 30 degrés, et à la dose de 20 centigrammes pour 1 gr. d'acide lactique. Le médicament, d'après cela, devrait donc être donné lorsque la sécrétion gastrique est en pleine activité. L'absorption est assez rapide et l'élimination se fait par les urines qui présentent les réactions des oxy-phénols ; le perchlorure de fer donne une coloration rouge, le sulfate de cuivre une coloration verte, une solution d'acide phénique à 5 p. 100 donne une coloration jaune citron foncé. L'acide sulfurique et les sulfates de l'urine sont augmentés.

Quant aux doses, on admet que 1 gramme de phénacétine correspond à 2 grammes d'antipyrine et à 50 centigrammes d'antifébrine.

S'il s'agit de maintenir la température du corps à un certain niveau, il convient de donner de petites doses de 30 à 50 centigrammes à des intervalles de 2 ou 3 heures ; mais cette façon de procéder ne réussit pas, d'après Hoppe, si l'on veut combattre des douleurs névralgiques, et il vaut mieux dans ce cas donner, en une seule fois, une dose massive de 2 grammes. La toxicité des phénacétines est d'ailleurs très faible, puisque Misrachi et Rifat ont fait ingé-

rer à une poule de 1 kilogramme jusqu'à 2 grammes du médicament, ce qui n'a produit d'autre effet qu'un abaissement de température de 2°. M. Gaiffe, de son côté, n'a observé aucun phénomène toxique avec une dose de 2 gr. 50 chez un lapin de 2 kilogr. Enfin le médicament est très bien supporté par les enfants à la dose de 10 à 25 centigrammes.

Des trois phénacétines, c'est la para qui a été le plus souvent employée, c'est également la plus active. Administrée à un individu en pleine santé à la dose de 1 gramme, la phénacétine ne produirait, d'après Kobler, aucun malaise, ni vomissement, ni cyanose, ni abaissement de la température. A des doses toxiques seulement, elle produit chez les animaux un abaissement de 1 degré à 1 degré et demi. Dans la fièvre, l'action de la phénacétine est remarquable. Des doses de 30 à 50 centigrammes répétées plusieurs fois par jour abaissent la température de 1°5 à 2°5 ; l'abaissement persiste huit à dix heures sans qu'on constate de cyanose et de transpirations profuses. Dans tous les cas, le pouls n'est nullement influencé.

On doit à Misrachi et Rifat (*Bulletin de thérapeutique*, juin 1888) des observations très complètes sur l'action antipyrétique de ce médicament. Dans les fièvres palustres, la phénacétine abaisse la température de 39 ou 40° à 37.5 ou 38,5 ; elle produit en même temps un amendement de tous les symptômes, disparition de la céphalée et de la courbature, toujours avec absence de sueurs profuses. Mais la phénacétine n'a aucune influence sur le miasme palustre.

Dans la pneumonie franche, elle produit de même l'abaissement de la température, la disparition du point de côté, d'où atténuation de la dyspnée.

Chez les tuberculeux, la phénacétine produit l'apyrexie pendant quatre heures en moyenne. M. Gaiffe cite de son côté, le cas d'un garçon de 20 ans tuberculeux qui se plaignait de dyspnée, de douleurs épigastriques après les repas, suivies parfois de vomissements. On lui donna 25 centigrammes de phénacétine une demi-heure avant le repas, et la dyspnée, les douleurs et les vomissements cessèrent.

M. Dujardin-Beaumetz s'est servi de la paraphénacétine allemande, de la para et ortho-phénacétine françaises. Les deux premières donnent des résultats identiques. L'ortho-phénacétine produit une action antithermique très nette dans la tuberculose et le rhumatisme musculaire et l'action analgésique dans la sciatique.

Les doses cependant doivent être plus fortes que pour les autres phénacétines (de 1 gr. 5 à 2 gr.) Contrairement à ce qu'affirment MM. Misrachi et Rifat, M. Gaiffe a signalé des sueurs, des nausées, de l'abattement consécutif à l'administration de la phénacétine. Mais ces accidents ont été légers et ont paru tenir à certaines idiosyncrasies.

L'action analgésique de la même substance est très remarquable et peut être utilisée comme l'antipyrine partout où l'on a à combattre l'élément douleur, quelle qu'en soit la cause. Les auteurs cités plus haut ont constaté la disparition immédiate de la douleur dans 43 cas sur 54 (80 p. cent), son atténuation dans 5 p. cent des cas, enfin dans 8 cas (15 p. cent, la phénacétine a complètement échoué. Souvent cependant elle réussit là où l'antipyrine ne produit qu'un peu de soulagement. Les douleurs invétérées, comme celles du lumbago et de la sciatique, résistent rarement à l'action analgésique de la phénacétine. Celle-ci paraît en outre avoir un avantage réel sur l'antipyrine toutes les fois qu'il existe des troubles dyspeptiques ou des douleurs gastralgiques, car la phénacétine est très bien supportée par l'estomac et ne produit pas de nausées. MM. Pesce, Mueller ont constaté également une action antirhumatismale remarquable, la fièvre cesse, les douleurs se calment, mais la durée ne paraît pas abrégée.

En revanche, la phénacétine est inférieure à l'antipyrine pour combattre la migraine, ce qui tient à la difficulté d'administrer le médicament par la voie rectale ou en injections sous-cutanées comme on le fait avec l'antipyrine. Les vomissements et les autres phénomènes gastriques qui accompagnent en général la migraine s'opposent à ce qu'on se serve de l'estomac comme voie d'entrée.

Comme l'antipyrine, la phénacétine jouit de la propriété de diminuer l'excrétion urinaire, et on a pu s'en servir pour combattre le diabète insipide ou sueré. L'observation la plus probante à cet égard est celle de Ch. Gaiffe. La quantité des urines de 4 litres tomba à 1500 centigrammes. Mais la polyurie reparaît dès qu'on cesse l'usage du médicament dont on doit augmenter progressivement les doses en raison de l'accoutumance. Toutefois cette augmentation des doses ne présente aucun inconvénient.

MM. Misrachi et Rifat, s'appuyant sur des observations encore incomplètes, croient enfin que la phénacétine pourrait être avantageusement employée dans les laryngites aiguës, simples, inflammatoires, dans la coqueluche dont elle diminuerait beaucoup les quintes. Deux observations de Michaelis sont favorables à cette manière de voir.

En résumé, les phénacétines (para et ortho) sont d'excellents médicaments antipyrétiques et analgésiques. Elles diminuent notablement la polyurie.

Elles possèdent en total les mêmes propriétés thérapeutiques que l'antipyrine et l'acétanilide, mais elles offrent sur ces dernières quelques avantages autant qu'on en peut juger par des observations encore trop peu nombreuses.

Dans tous les cas elles n'agissent ni sur la durée, ni sur la marche de la maladie.

Les avantages qu'on reconnaît à la phénacétine sont une activité supérieure à celle de l'antipyrine, l'absence de toxicité et de phénomènes accessoires incommodes, l'insipidité parfaite, des propriétés analgésiques et antithermiques égales et peut-être supérieures à celles de l'antipyrine. Enfin la phénacétine est bien meilleur marché que celle-ci, ce qui n'est pas à dédaigner si on prend encore en considération l'activité plus grande du médicament. Des observations ultérieures ne tarderont pas d'ailleurs à nous éclairer sur la réalité de ces avantages.

(*France Médicale.*) L. JUMON.

PENSÉES ET MAXIMES D'UN VIEUX PRATICIEN

Il est certains mots de la langue scientifique auxquels un médecin avisé substituera toujours leur synonyme vulgaire.

—

Le médecin qui, dans une même journée, parcourt la société de l'un à l'autre pôle, ne peut avoir sur les distinctions sociales les idées de tout le monde.

—

De deux malades qui nous attendent, il faut visiter

le premier, non le plus riche, mais le plus en danger.

—

Nous attribuons parfois à l'ingratitude ou à la versatilité des clients un abandon qui n'est dû qu'à notre indifférence ou à notre maladresse.

—

Un fonctionnaire, bien renté, est astreint à un travail de six ou sept heures par jour ; il dispose librement de ses soirées, des dimanches et jours de fêtes, et dort à poings fermés toute la nuit. Tous les ans il jouit d'un congé et, après vingt-cinq ans de service, il a droit à une retraite. Rassuré dans le présent, il voit venir la vieillesse avec tranquillité.

—

Un médecin est pris par les clients du matin jusqu'au soir et souvent du soir jusqu'au matin ; il n'existe pour lui ni dimanches ni fêtes, encore moins de congé. Après trente années de ce travail continuel, c'est à peine, bien souvent, si ses recettes équilibrent ses dépenses, et le jour où la maladie, la fatigue ou le grand âge l'obligent à se retirer, nul ne songe à lui assurer une retraite si bien gagnée...

Mais le médecin n'obéit qu'à lui-même.

NOUVELLES

L'Ecole du service de santé militaire n'attend plus pour fonctionner que l'adoption par le Sénat du projet de loi déjà voté par la Chambre des députés. Le Conseil général de la Gironde a renouvelé, à l'unanimité, son vœu en faveur de la création de l'Ecole à Bordeaux ; mais, si nos renseignements sont exacts, nous pouvons confirmer la nouvelle que nous avons déjà donnée depuis longtemps, à savoir que la ville de Lyon est définitivement choisie pour recevoir l'Ecole de santé militaire ; on nous dit même que ce choix a été décidé en conseil des ministres et que la décision est tenue rigoureusement secrète, M. Carnot voulant laisser comme carte de visite à Lyon, lors de son prochain voyage, le décret qui créera l'Ecole. En tout cas, comme nous l'avons déjà dit, l'Ecole ne pourra pas fonctionner, ainsi que le porte le projet, à partir du 1er octobre prochain.

Nous apprenons, d'autre part, que le ministère de la guerre serait décidé à envoyer immédiatement à l'Ecole du service de santé militaire, non pas seulement les nouveaux élèves, mais la totalité des étudiants, même ceux de cinquième année. Cette mesure nous paraît excessive, non pas au point de vue disciplinaire, mais parce qu'elle nuit aux études de jeunes gens qui ont déjà pris toutes leurs inscriptions devant la Faculté de Paris, qui sont connus des professeurs dont ils ont suivi les cliniques et les cours et qui ont, par conséquent, tout à perdre en allant subir leurs examens dans une Faculté de province.

En 1883, lorsqu'il fut question de créer deux Ecoles du service de santé, à Bordeaux et à Nancy, on avait laissé aux élèves de quatrième et de cinquième année le droit d'option entre l'ancien et le nouveau régime. Pourquoi ce qui avait été jugé bon à ce moment ne le serait-il pas cinq ans plus tard ?

Nous croyons savoir, en outre, que c'est par économie que cette mesure serait appliquée dans toute sa rigueur. Les élèves du service de santé touchent, en effet, une indemnité de 1,200 fr. par an à partir de la douzième inscription, et cette indemnité leur serait supprimée dès leur entrée à l'Ecole. Cette économie nous paraît fictive parce que beaucoup d'entre eux, sinon tous, seraient boursiers de droit en arrivant à l'Ecole, et l'administration serait obligée de les loger, de les nourrir et de les habiller à ses frais.

Les avantages, pour le gouvernement, seraient donc nuls à tous les points de vue et ne sauraient compenser le tort causé aux intéressés.

— Il y a quelques jours, a eu lieu à Pontivy, l'inauguration de la statue du docteur Guépin, originaire du pays. M. Jules Simon présidait ; dans l'assistance on remarquait Mme veuve Guépin, qui fut la noble collaboratrice de l'œuvre philanthropique de son mari, MM. Maze, sénateur, Lechat, ancien maire de Nantes, Paul Guieysse, Le Maguet et Léon Séché, président du comité d'initiative.

La statue du docteur Guépin, œuvre du sculpteur Léofanti, est érigée sur la place Egalité, à peu de distance de la maison natale du célèbre oculiste.

— Pendant son séjour au Havre, M. Carnot a décerné la croix de la Légion d'honneur à M. le Dr Fauvel, qui remplit depuis plus de vingt-cinq ans, avec une grande distinction, les fonctions de chirurgien en chef de l'hôpital de cette ville.

Les infirmiers militaires. — Une circulaire ministérielle du 20 août prescrit l'incorporation dans les corps d'infanterie de tous les jeunes soldats que les commandants de recrutement désigneront pour la section d'infirmiers.

Ces jeunes soldats ne passeront dans les sections qu'à partir du 1er avril prochain.

Jusque-là, pour satisfaire aux nécessités du service, des infirmiers réservistes et territoriaux instruits seront convoqués pendant les trois derniers mois de l'année 1889 dans les établissements hospitaliers.

— Quelques-uns de nos confrères de la presse politique, à propos du licenciement anticipé de la classe 1884, font les remarques suivantes, auxquelles nous ne saurions qu'applaudir :

Si, dans le corps de troupes, ce renvoi n'a d'autre conséquence que de clore brusquement l'instruction des hommes, il n'en est pas de même dans les hôpitaux militaires où les malades ne peuvent malheureusement se guérir par anticipation et où du jour au lendemain on se trouve, comme en ce moment, dans les hôpitaux de Paris, avoir à soigner le même chiffre de malades avec un effectif d'infirmiers réduit de moitié.

Il serait logique et humain de prévoir d'avance la situation faite à ces établissements par le départ des classes, et de s'arranger pour convoquer la veille ou le jour même de cet événement un nombre suffisant de réservistes *exercés* pour combler les vides, en attendant que des auxiliaires soient envoyés ou des hommes de corps venus à titre définitif dans les sections d'infirmiers.

(*Bulletin médical.*)

— L'Assistance publique vient de faire procéder à l'hôpital Lariboisière, sous la direction de M. le docteur Laillier, à l'installation d'un appareil destiné, par un nouveau procédé d'antisepsie, à la désinfection des crachoirs mis en usage dans les services de tuberculeux. Cette innovation doit être appliquée dans un avenir très prochain à tous les services hospitaliers de la Seine.

— Vient d'avoir lieu l'inauguration du sanatorium maritime d'Arcachon, dû à l'initiative et au zèle infatigable de M. le docteur Armaingaud (de Bordeaux). A cette cérémonie, qui a eu lieu en présence des autorités et des représentants du département, assistaient M. le docteur Gavarret de (Paris) et une foule de médecins de Bordeaux.

Dans le discours prononcé par le préfet, nous relevons un moyen pratique d'envoyer des pensionnaires au sanatorium : il allouera des subventions aux communes qui dirigeront sur ce point leurs enfants rachitiques ou scrofuleux, comme on en donne à celles qui envoient des malades aux autres hospices ou dans les asiles d'aliénés.

M. Gavarret a parlé des bons effets du climat d'Arcachon et M. le docteur Armaingaud a remercié tous ceux qui avaient bien voulu contribuer au succès de son œuvre.

Le Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André, 3

Dixième année — N° 39 — 29 Septembre 1888

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE

Traitement de l'ascite par la faradisation des parois abdominales.

M. le Dr *Maurice Muret* appelle l'attention sur ce mode de traitement, qui n'est pas nouveau, puisque dès 1861 M. Tripier en parlait dans un manuel d'électrothérapie, mais qui n'a pas été beaucoup pratiqué. On cite les observations de Solfanelli (1866), d'Alvarenga 1867, de Glax 1878, de Sigrist et Limberg 1879-82, Popow, Frischmann et Karpoff (1881), Skibnewski (1883); enfin celles que M. Muret a recueillies à la clinique du professeur Kussmaul, à Strasbourg.

La technique de la faradisation a varié suivant les différents médecins qui l'ont essayée. Les premiers appliquaient l'un des pôles de la batterie sur la région lombaire, promenaient l'autre sur l'abdomen et obtenaient ainsi la contraction des muscles abdominaux. Glax s'est servi d'électrodes dont l'une était munie d'un interrupteur et les appliquait systématiquement tour à tour sur les points moteurs de chaque muscle ; il employait un courant induit capable de produire des contractions bien marquées et en provoquait 50 à 100 par séance en ayant soin d'interrompre le courant dès qu'il avait obtenu la contraction et le rétablissant dès qu'elle cessait. Sigrist et Limberg ne purent obtenir que 15 contractions par séance, leur malade se plaignant aussitôt après de douleurs. M. Tripier pratique la faradisation à l'aide d'un excitateur rectal et ferme le circuit par une plaque humide placée sur l'abdomen. La plupart des médecins ont répété les séances de faradisation 2 à 4 fois par jour et les font durer de 5 à 15 minutes.

M. Muret a pratiqué la faradisation 2 fois par jour, avec des courants assez forts ; les contractions des muscles *étaient la plupart du temps peu apparentes*, et, quand elles apparaissaient, ne se présentaient que d'une façon très irrégulière ; les malades ne se sont *jamais plaints d'aucune douleur* et se sentaient même quelquefois soulagés immédiatement après la séance par la diminution de tension de l'abdomen. L'électrisation a été faite tantôt dans la position horizontale avec un coussin sous les reins pour mettre le liquide ascitique en contact avec la plus grande surface possible du péritoine, tantôt dans la position demi-couchée. La diurèse, qui est le signal de la guérison, est quelquefois très rapide ; on voit les urines s'élever de 200 gr. à 1000 gr. en peu de jours.

Les affections dans lesquelles l'ascite a été traitée par l'électrisation *sont la cirrhose hypertrophique* du foie, la cirrhose atrophique, les affections cardiaques, la péritonite chronique simple et même tuberculeuse, le cancer du foie, l'impaludisme, les tumeurs de la rate, le mal de Bright.

On a noté la guérison, c'est-à-dire la disparition complète et définitive du liquide, dans des cas de cirrhose hypertrophique, dans quelques cas de péritonite chronique et même 1 fois dans une péritonite tuberculeuse, dans la cachexie paludéenne, dans une ascite consécutive à une maladie infectieuse. Dans les autres cas on a observé des disparitions seulement passagères ou de simples diminutions. La faradisation peut donc avoir dans quelques cas une valeur curative réelle, dans d'autres une valeur seulement palliative ; il y aura lieu de s'adresser à elle quand on aura essayé des moyens plus simples ; elle n'est jamais contre-indiquée.

Quand l'abdomen est très distendu, il est avantageux de faire d'abord une ponction et de commencer le traitement électrique immédiatement après pour prévenir la réapparition du liquide.

La compression de l'abdomen par un bandage serré ou une bande élastique est un utile adjuvant. Il sera bon de tenir les malades couchés au début ; plus tard, quand ils seront en voie d'amélioration, un peu d'exercice ne peut qu'être utile en activant leur nutrition.

L'explication des résultats obtenus par la faradisation n'est pas encore élucidée. Les uns admettent que la résorption du liquide et la diurèse sont la conséquence de modifications vaso-motrices et catalytiques produites par une excitation des plexus nerveux abdominaux ; d'autres invoquent une action mécanique exercée par la contraction des muscles de l'abdomen.

Le surmenage et la sédentarité dans les écoles.

M. Gustave *Lagneau*, à propos du surmenage intellectuel et de la sédentarité des écoliers, remarque que la commission, nommée par le ministre de l'instruction publique pour y remédier dans l'enseignement primaire, suivant le rapport de M. Jacoulet, aurait demandé une diminution des heures de classe et d'étude, une augmentation des heures données aux exercices physiques et la suppression des devoirs faits à la maison.

La sédentarité et le surmenage étant beaucoup plus redoutables dans les enseignements secondaire et supérieur, le ministre, par une circulaire, vient de consulter les professeurs sur les réformes à apporter à ces enseignements. Leurs avis devront servir à éclairer la nouvelle commission, qui est composée d'universitaires de l'enseignement secondaire, mais devrait comprendre aussi des professeurs des écoles supérieures, polytechnique, militaire, navale, forestière, désignés par les autres ministres.

Déjà, un comité pour la propagation des exercices physiques dans l'éducation, réunit d'anciens ministres de l'instruction publique, des recteurs d'académie, des membres de l'Institut, des directeurs des écoles spéciales supérieures, ainsi que des sénateurs, des députés, des médecins.

Pour prévenir le surmenage dans l'enseignement secondaire, qui prépare, soit aux examens qui sanctionnent cet enseignement, soit aux concours d'admission aux grandes écoles qui donnent l'enseignement spécial ou supérieur, il faudrait modifier, non seulement les programmes et la répartition du temps, mais aussi les modes d'examen et les conditions de concours. Aux examens généraux, encyclopédiques, qui, en exigeant un travail excessif et peu profitable, motivent une sédentarité et un surmenage funestes pour des jeunes gens en pleine croissance, il faudrait substituer des examens partiels et fréquents, ne motivant qu'un travail régulier, modéré, profitable. Les titres et diplômes seraient obtenus d'après l'ensemble des notes méritées dans ces examens partiels.

Pour prévenir la nocuité du surmenage lors des concours, il importe que dans les programmes de concours, comme dans ceux d'examen, les exercices physiques (gymnastique, armes, équitation, exercices militaires), figurent pour un coefficient élevé à côté des sciences et des lettres. Les jeunes gens seront alors amenés à développer leurs aptitudes corporelles en même temps que leurs aptitudes intellectuelles.

Le 61e *Congrès des naturalistes et médecins allemands* (Société qui équivaut à notre Association française pour l'avancement des Sciences) vient d'avoir lieu à Cologne. Le *Bulletin médical* nous fournit d'intéressants renseignements sur son organisation.

« A la séance d'ouverture, le président du comité local d'organisation, professeur Bardenhewer, a rappelé que depuis la dernière réunion, deux empereurs allemands sont morts ; à ces mots toute l'assistance se lève en silence, et pousse trois « hoch » en l'honneur de Guillaume II.

Un des attraits du Congrès a été une exposition scientifique, musée de tous les appareils applicables aux sciences biologiques et médicales, véritable leçon de choses permettant aux médecins de se mettre rapidement au courant des nouvelles méthodes médicales et appelant l'attention des praticiens sur des découvertes ou des applications que les livres ou les journaux ne peuvent apprendre qu'imparfaitement. Notre confrère a bien raison de désirer que nos Congrès français s'inspirent de cette manière de faire.

Nous trouvons moins digne d'être imité, malgré son originalité, le divertissement suivant :

Un Ballet chimique.

A l'issue d'un grand banquet des chimistes du Congrès au nombre de 300, Hoffmann (de Cologne) commence une petite conférence dans laquelle il énumère les difficultés que les étudiants éprouvent à se rendre compte de la constitution des composés organiques et propose un moyen original de leur fixer les formules dans la mémoire.

Alors commence un ballet dans lequel des choryphées vêtues de couleurs différentes représentent les divers atomes. A son commandement, les atomes se groupent de diverses façons pour représenter les composés chimiques et leurs réactions.

Ce qui, en particulier, eut un grand retentissement, fut la composition du benzol, puis la formation de l'aniline et de ses divers dérivés. Au moment de la constitution de la fuchsine ou des autres matières colorantes, des jets de lumières colorées éclairaient le ballet.

Pour terminer, les figurantes représentèrent la constitution de la roburite, et tout se termina par l'explosion de cette substance. Ce ballet, dans le genre d'*Excelsior*, a été le clou de la soirée.

Voici maintenant, d'après le Bulletin, le résumé de deux communications faites dans les séances générales du Congrès.

Des bains populaires.

M. *Lassar* (Berlin) commence par constater que les modernes se baignent moins qu'on ne le faisait dans l'antiquité. Il fait remarquer, à ce propos, que si tout bon Allemand aime le vin, les femmes et la musique (*Wein, Weib, und Gesang*), les Romains, par contre, demandaient *Vinum, Mulieres et Balnea* remplaçant au très grand profit de l'hygiène générale, la musique — qu'il ne faut pourtant pas dédaigner — par les bains. D'après ses calculs, tout Romain, même le plus pauvre, pouvait s'offrir un bain pour la modique somme de 5 pfennig.

D'ailleurs, dans l'antiquité, les Romains n'étaient pas seuls animés de cette passion de l'eau : les Grecs, les Juifs, les Arabes faisaient de l'hydrothérapie un véritable dogme religieux. Pourtant, si on se lave moins aujourd'hui, il ne s'agit pas d'une antipathie instinctive de race, les anciens Germains, au dire de Tacite, se baignaient fréquemment. A quoi donc attribuer la disparition de ces bonnes habitudes ? Ce serait aux Croisades.

Au temps des Croisades, en effet, le contact avec les Orientaux répandit en Europe toute une série de maladies infectieuses. Aussi, les bains en commun furent redoutés à cause des dangers de contagion, et leur nombre diminua sensiblement. La guerre de Trente Ans, ayant également occasionné des épidémies, acheva de discréditer la balnéation ; et, c'est ainsi que, par le cours des siècles, cette excellente pratique diminua dans une proportion véritablement inquiétante.

Heureusement, à l'heure actuelle, on réagit contre une pareille tendance ; c'est ainsi, par exemple, que le gouvernement fait donner des bains aux prisonniers et aux soldats. Il faudrait faire plus, on devrait également mettre les bains à la portée des ouvriers.

Peut-être même les gens aisés eux-mêmes n'ont-ils pas assez l'habitude de l'hydrothérapie, il suffit, pour s'en convaincre, d'entrer dans une salle de spectacle ; on ne tarde pas, en effet, à y percevoir l'odeur désagréable de la peau malpropre. Il est de notre devoir à tous, hygiénistes et médecins, de réagir contre des habitudes aussi déplorables ; nous le devons d'autant plus que les progrès de la science semblent confirmer de jour en jour l'utilité de ces soins de propreté auxquels nos pères attachaient instinctivement une si grande valeur. Ne savons-nous pas en effet, aujourd'hui, que sous les ongles on a trouvé soixante-dix-huit espèces de microbes ! et que, dans les vêtements, ils pullulent par millions !!

M. Lassar, en terminant, insiste pour que l'on institue partout des bains populaires à prix réduit, que l'on pourrait arriver à donner pour 10 pf. et s'écrie, en terminant : « Tout Allemand doit prendre un bain par semaine. »

Les femmes-médecins.

Waldeyer (Berlin) a traité un sujet d'actualité, « l'Etude de la médecine et les femmes ».

Depuis une dizaine d'années, dit-il, les femmes tendent à prendre de plus en plus une place dans la profession médicale. Le mouvement qui a commencé en Amérique, en Angleterre et en Russie se généralise de plus en plus.

Ce sont là des mœurs toutes nouvelles, car jusqu'à présent, ni dans l'antiquité, ni au moyen âge ni dans les temps modernes, les femmes n'avaient été autorisées à étudier dans les écoles supérieures, ni à prendre leurs grades dans les Facultés. Cependant certaines parties de l'art de guérir, en particulier la pratique des accouchements avaient été le privilège des femmes et l'on sait même tous les débats qu'occasionnèrent au siècle dernier le droit pour les hommes de se faire accoucheurs.

Il fallut l'intervention des pouvoirs publics et l'exemple des reines pour autoriser la substitution des médecins aux sages-femmes. Les femmes avaient donc une part dans l'exercice de la médecine. Leur situation dans l'antiquité n'était donc pas aussi inférieure qu'on se l'imagine généralement. C'est ainsi également que chez beaucoup de peuples primitifs, la femme, qui est regardée comme douée de divination et qui sert de prophétesse, est consultée non seulement sur des questions d'intérêt, mais elle est appelée aussi à donner son avis sur des cas médicaux, avis qu'elle est souvent censée tenir de puissances surnaturelles.

L'émancipation de la femme, à cet égard, n'est donc pas, comme on l'a dit, la conséquence de la Révolution Française.

Mais ces renseignements historiques n'apprennent pas grand chose sur la solution à donner à la question qui s'impose de plus en plus à l'attention des pouvoirs publics : La femme est-elle apte à apprendre et à pratiquer la médecine, les gouvernements doivent-ils lui en faciliter les moyens ? Il ne suffit pas, en effet, de voir si la femme, dans des civilisations primitives, a fait de la médecine et si on lui a pris une place qu'elle a occupée et qu'on lui refuse aujourd'hui, il faut voir si dans l'état actuel de la science et de la société, l'organisation des femmes leur permet de se livrer à l'étude de la médecine et de supporter les fatigues de la profession.

D'abord, il est à craindre qu'une fois qu'elles auront franchi les portes de la Faculté de médecine, elles ne veuillent entrer sans discussion dans les autres Facultés, et même dans celles de théologie, malgré le précepte : « Mulier taceat in ecclesia. » Mais ceci n'est que d'un intérêt secondaire ; ce qui est plus important, c'est de savoir si l'introduction de femmes dans les études scientifiques n'aurait pas des inconvénients à la fois pour la science et pour les femmes elles-mêmes ; or, l'expérience a démontré qu'une science ne progresse pas entre les mains des femmes. Leur esprit, doué de grandes qualités de finesse et même de divination, est peu scientifique, il suit ou dirige mal une démonstration. Elles ont peu d'initiative. Il n'y a d'ailleurs qu'à voir ce qui s'est passé pour les accouchements. Tant que les femmes ont été seules à s'en occuper, l'obstétrique est restée confinée dans des règles primitives, elle n'a fait de véritables conquêtes qu'à

partir du moment où les hommes en ont pris la direction.

Carl Vogt avait admis des femmes dans son laboratoire et les résultats n'ont pas été encourageants. Leur esprit manquait de précision, de suite, la moindre difficulté les jetait en de grands embarras. Elles étaient maladroites (ungeschickt), malpropres (unsauber), en un mot, une seule étudiante donnait aux assistants plus de peine que trente étudiants.

Les femmes n'ont donc pas un véritable esprit scientifique et ne pourront, dans les sciences biologiques en particulier, acquérir une situation. Mais elles ont des qualités différentes, souvent plus développées que chez l'homme et qu'elles peuvent utiliser, sans compromettre la place un peu idéale qu'elles tiennent dans notre civilisation, et sans détruire les rapports existants entre elles et les hommes.

Cette conférence peu favorable aux femmes médecins a eu un grand succès. Le public féminin lui-même paraissait fortement approuver l'orateur.

CHIRURGIE PRATIQUE

Diagnostic et traitement des tumeurs de la vessie (1).

(*Suite et fin.*)

Nous avons dit dans la première partie de ce travail que, dans la plupart des cas, l'examen rigoureux des signes fonctionnels, complété par le toucher rectal ou vaginal et la palpation hypogastrique, pouvait conduire à un diagnostic parfaitement exact. Cependant, un certain nombre de chirurgiens ont encore usé d'autres moyens plus directs d'exploration et nous ne devons pas les passer sous silence.

Le *cathétérisme explorateur* est, d'après M. le professeur Guyon, une manœuvre inutile. Il peut tromper et faire prendre, par exemple, pour une tumeur, une hypertrophie irrégulière de la prostate. Dans certains cas de néoplasmes très vasculaires, il peut provoquer des hémorrhagies redoutables et très difficiles à arrêter. Cependant, il peut arriver que, trompé par d'autres symptômes, le médecin introduise dans la vessie un instrument explorateur. En cas de néoplasme, il éprouvera une sensation spéciale que M. Guyon a comparée au contact d'une barbe soyeuse. La déviation de l'instrument en différents sens indiquera le volume approximatif de la tumeur. On pourra même circonscrire plus ou moins complètement son point d'implantation. Enfin, quand les parois antérieure ou postérieure de la vessie seront infiltrées, le cathéter donnera, combiné avec le toucher et la palpation abdominale, une sensation toute spéciale d'épaisseur et de résistance. Mais qu'on se le rappelle bien, toutes ces manœuvres ne pourront être exécutées que sur une vessie tolérante, ne saignant pas et préalablement désinfectée, s'il y a déjà du pus dans les urines.

(1 Voir *Concours médical* 1888, nos 32 et 33.

L'éclairage intra-vésical, dont les premiers essais sont dus aux recherches de M. Désormaux, a été notablement perfectionné depuis quelques années, et *Nitze* communiquait, l'an dernier, à la Société de Médecine de Berlin, les résultats de ses recherches sur ce sujet. Il se sert d'un appareil formé d'un fil de platine chauffé au rouge blanc et arrosé constamment par un courant d'eau froide. L'instrument ainsi constitué a le volume d'une grosse sonde et peut éclairer une surface de la grandeur d'une pièce de deux francs. L'introduction n'est point douloureuse, et le canal peut d'ailleurs être anesthésié au moyen d'une solution de cocaïne. On peut inspecter le contenu de la vessie et ses parois, pourvu que cet organe puisse contenir environ 150 centimètres cubes de liquide et aussi tant que ce liquide conservera sa transparence. Ces conditions, dont chacun comprend l'importance, ne se trouvent pas toujours réalisées et restreignent d'autant l'usage de l'éclairage. Cependant, d'après l'affirmation de von Bergmann, le procédé de Nitze rend parfois de signalés services.

Gruenfeld (de Vienne), au dernier Congrès des Naturalistes allemands, a montré un tube endoscopique construit d'après les mêmes principes et auquel il a fait adapter une curette. La manœuvre de son instrument est très facile chez la femme, et dans plusieurs cas, il a pu, dans une même séance, reconnaître la tumeur avec l'endoscope et en pratiquer l'extirpation. Nous ne croyons pas, en résumé, que l'on doive considérer ces procédés de diagnostic comme le dernier mot de la pratique ; ils sont délicats, ils demandent des appareils très compliqués, ils ne semblent pas toujours innocents.

Le *toucher intra-vésical* doit encore nous arrêter quelques instants ; disons tout d'abord qu'il ne doit pas être fait comme manœuvre purement exploratrice et nous en aurons considérablement restreint les indications. D'ailleurs, elles sont très variables suivant les sexes. *Chez la femme* on peut introduire le doigt explorateur dans la vessie à travers l'urèthre dilaté. On sait, en effet, que cette manœuvre est facile à faire sous le chloroforme et que l'on peut ainsi obtenir une dilatation de 20, 25, 30 millimètres de diamètre sans causer d'accidents. Il faut cependant, pour que cette manœuvre soit innocente, que l'on puisse, après chloroformisation complète, introduire successivement une série de bougies dilatatrices, des bougies de Hégar par exemple, ou bien qu'on dilate le canal au moyen d'un instrument mécanique dont les branches s'écarteront progressivement et doucement. Les nombreux dilatateurs utérins que nous possédons nous offrent les meilleurs instruments pour ce genre de travail. Une fois l'urèthre bien dilaté, on lave la vessie avec une solution tiède d'acide borique, et on introduit le doigt explorateur qui, conduit dans tous les coins et recoins de la cavité, se rend compte de l'état de ses parois. Si l'on trouve un néoplasme, on peut et on doit séance tenante en faire l'extirpation à l'aide d'un instrument approprié. Quelquefois l'ongle du doigt explorateur suffira pour en faire l'abrasion.

Chez l'homme, le toucher intra-vésical présente de très notables difficultés et a été l'objet de nombreuses controverses. Thompson a beaucoup vanté la boutonnière périnéale ; il l'a considérée comme un procédé presque inoffensif et toujours très commode de pénétrer dans la vessie. Pour lui c'est la voie d'élection non seulement pour l'exploration, mais encore pour l'extirpation des néoplasmes. La thèse inaugurale du Dr Pousson (Paris 1884) combat un à un tous les arguments de Thompson et de son école et les réfute victorieusement. Un argument surtout a une grande valeur : la voie ouverte à travers le périnée est toujours incapable d'éclairer largement la cavité vésicale ; de plus, elle est trop étroite, beaucoup trop longue surtout, dès qu'un sujet a quelque embonpoint pour que l'on puisse facilement introduire dans la vessie plus que la pulpe du doigt. La boutonnière primitive n'est d'ailleurs pas une opération aussi bénigne que quelques-uns semblent le croire. Thompson lui-même a perdu plusieurs malades auxquels il l'avait pratiquée. Aujourd'hui la pratique consiste dans l'ouverture de la vessie par la voie sus-pubienne, et on ne considère plus cette opération que comme le premier temps de l'extirpation des néoplasmes vésicaux. La taille de Franco, en effet, ouvre une large voie aux regards et aux instruments du chirurgien, elle permet d'éclairer le réservoir vésical et d'agir sur ses parois avec précision et sécurité.

TRAITEMENT DES TUMEURS DE LA VESSIE.

La thérapeutique des néoplasmes vésicaux est aujourd'hui sortie des voies incertaines où elle a longtemps erré. Et d'abord, le chirurgien n'a pas à se préoccuper de savoir si la tumeur est bénigne ou maligne. En effet, il n'est appelé à intervenir que par des symptômes tenant à la présence même de la masse morbide et non à sa nature histologique. De plus, l'anatomie pathologique nous apprend que dans nombre de cas un néoplasme bénin présente à sa base des éléments de malignité, et peut subir des transformations dans le même sens.

Une première question très importante se pose : *Quand doit-on agir* ? On peut être appelé près du malade à des périodes bien différentes. *L'âge* peut être une contre-indication absolue : en effet, les statistiques montrent que les opérations pratiquées pour tumeur vésicale chez des enfants depuis la naissance jusqu'à 5 ans ont toujours eu une issue funeste. Dans l'extrême vieillesse aussi, il est recommandé de s'abstenir.

Cependant, dans ce dernier cas, il faut admettre qu'une opération palliative supprimant les épreintes, la rétention d'urine ou les hémorrhagies, pourra être proposée, quand même elle ne devrait apporter au patient qu'un soulagement de quelques semaines.

La généralisation peut être évidente quand on arrive près du malade ; dans ce cas encore, l'opération ne peut être curative, mais on trouve encore des indications dans les symptômes concomitants. Quand l'urine est trouble et chargée de pus, quand il y a une cystite concomitante ou de la rétention mécanique de l'urine, il n'est pas rare de constater une altération plus ou moins marquée des reins. Ils sont douloureux au toucher d'un côté ou des deux à la fois ; le malade présente des accès fébriles caractéristiques de la néphrite infectieuse; c'est alors que toute manœuvre exploratrice intra-vésicale doit être proscrite et qu'il faut au plus vite prendre une détermination active.

En somme, nous pouvons dire avec M. le professeur Guyon : il faut intervenir quand on constate un trouble vésical assez grand pour mettre en péril le fonctionnement de l'appareil urinaire ; quand le néoplasme provoque des accidents de rétention urinaire, d'inflammation vésicale grave, des hémorrhagies inquiétantes. Nous disons encore plus, *il faut intervenir dès qu'on a des raisons suffisantes pour faire le diagnostic de tumeur vésicale*. Le Dr Hache, dans son très intéressant article du Dictionnaire Encyclopédique, dit ceci : « Une tumeur vésicale ne justifie l'intervention opératoire « que par les symptômes graves ou les complications qu'elle peut présenter ; si non, observation attentive. » Nous ne pouvons pas plus admettre cette formule pour la vessie que nous ne l'admettrions pour la langue ou pour la mamelle. Il est vrai que ces organes sont apparents et facilement explorables ; néanmoins, on n'en devra qu'examiner avec plus de soin le réservoir de l'urine, quand certains symptômes pourront faire craindre un néoplasme ; là comme ailleurs, plus vite on interviendra, plus sûre sera l'intervention.

En résumé, l'intervention opératoire est indiquée toutes les fois que le diagnostic de *tumeur vésicale* est certain (signes fonctionnels et physiques, élimination de fragments de tumeur) ; elle est urgente en cas d'hémorrhagie, car elle est le meilleur hémostatique, — en cas de cystite douloureuse concomitante, car elle calme la douleur. Enfin, même quand le malade a notablement dépéri, quand les lésions rénales ont commencé à s'établir, nous croyons qu'il faut encore intervenir ; l'opération est alors plutôt palliative, mais il ne faut pas oublier que, dans des cas en apparence désespérés, on a vu une sorte de résurrection des malades et une survie notable. Dans l'observation que nous avons rapportée, le malade qui nous fut présenté dans les premiers jours du mois de juillet était au plus bas ; du jour où il a été opéré, les forces sont revenues peu à peu, les douleurs ont disparu et l'appétit a pu se rétablir.

Comment doit-on opérer? La réponse à cette dernière question ne va pas nous présenter de grandes difficultés. Nous avons déjà dit que la voie périnéale choisie par Thompson ne donnait pas un chemin suffisamment large pour manœuvrer facilement dans la vessie et pour éclairer le réservoir de l'urine, aussi nous croyons devoir rejeter cette voie pour toute opération d'exérèse.

Il s'agit, en effet, d'ouvrir la vessie, de vérifier directement le volume, la forme et l'implantation de la tumeur et d'agir sur celle-ci en l'extirpant radicalement ou partiellement. Chez la femme, l'opération *préliminaire*, la cystotomie pourra avantageuse-

ment être pratiquée par la voie vaginale. La taille *vésico-vaginale* est une opération simple et facile, elle permet d'ouvrir une assez large voie, et en plaçant la femme dans le décubitus genu-pectoral, elle permet d'éclairer la vessie. Mais il faut aussi convenir que, si elle est facile chez les femmes à large vagin, elle est difficile chez celles qui n'ont pas eu d'enfants et contre-indiquée chez les jeunes filles vierges. Chez ces dernières, chez les jeunes femmes, chez celles qui ont une grosse tumeur vésicale, la méthode d'élection est la taille sus-pubienne comme chez l'homme.

C'est cette dernière opération que l'on doit donc préférer dans la plupart des cas, et, lorsqu'elle est faite avec soin, en obéissant aux règles de l'antisepsie moderne, elle donne d'excellents résultats. Nous ne nous proposons pas de l'étudier ici dans tous ses détails ; nous voulons seulement faire ressortir quelques points de son exécution qui nous ont semblé importants dans ce qui a trait à l'ablation des tumeurs vésicales. Et d'abord, il faut placer le malade dans une chambre très claire, très aérée, et la tête du côté d'une fenêtre par où vient la lumière la plus vive du jour qui est le meilleur moyen d'éclairage. On a construit, il est vrai, dans ces années dernières, des lampes électriques, des speculums permettant d'éclairer la vessie. Ces instruments sont excellents, mais on ne les a pas toujours sous la main.

En ayant soin de bien soulever le siège du malade sur un coussin roulé et résistant, dans la situation dont nous avons parlé, la lumière de la fenêtre viendra directement éclairer la vessie, et, à l'aide d'un miroir manié par un aide, on pourra très bien éclairer tous les recoins. Le ballon de Pétersen devra toujours être introduit dans le rectum, afin de soulever le bas-fond vésical ; on aura soin de ne pas l'engager trop avant, car il déprimerait la paroi postérieure de la vessie au lieu de soulever le bas-fond. On le remplira de 250 à 350 grammes d'eau, doucement, lentement, afin de ne point provoquer d'effort expulsif. La préparation immédiate de la vessie est assez délicate. Il faut d'abord la laver soigneusement à l'eau boriquée ou avec de l'eau filtrée et bouillie tiède, puis on y injecte avec précaution et douceur d'abord 100 grammes d'eau boriquée, puis 100 autres grammes. Sur les sujets maigres, on voit l'hypogastre bomber peu à peu ; quand on éprouve une certaine résistance à la pénétration de l'eau, il faut s'arrêter, de peur de léser la paroi vésicale quelquefois altérée et friable. La taille est alors pratiquée suivant les règles ordinaires, l'hémostase de la plaie étant faite à mesure.

Lorsque l'on est arrivé sur la paroi vésicale, ordinairement on incise franchement et le liquide contenu dans la vessie s'échappe par la plaie maintenue béante au moyen des écarteurs. Au début, c'est un liquide clair, l'eau boriquée pure, il n'y a pas d'inconvénient ; mais dans notre cas la plaie ne tarda pas à être inondée par un flot de pus très fétide provenant du bas-fond vésical, et qu'il fallait éponger avec soin ; c'est pourquoi nous serions d'avis, le cas échéant, de vider la vessie au moyen d'un appareil aspirateur, afin de n'avoir aucun liquide septique en contact avec la plaie.

Une fois la vessie ouverte, on examine sa cavité et, à l'aide des doigts, des ongles et de curettes de diverses formes, on pratique l'abrasion des néoplasmes plus ou moins volumineux qu'on y rencontre. C'est ce que nous avons pu exécuter rapidement chez notre malade. Ces manœuvres ne donnent pas lieu à un écoulement sanguin considérable ; quand on considère l'extirpation comme suffisante, on cautérise vigoureusement au thermocautère la surface d'implantation du néoplasme et on passe dans la vessie une éponge un peu volumineuse afin de faire une hémostase définitive. Comment alors terminer l'opération ?

On a proposé la suture de la vessie et la fermeture de la plaie ; mais ces procédés, parfaits en théorie, ne sont pas d'une exécution facile et exposent à l'infiltration d'urine. Gibbons et Parker (Soc. de Médecine de Londres, décembre 1887) ont, dans un cas, chez la femme, pratiqué simultanément la dilatation de l'urèthre et la taille sus-pubienne. Ils enlevèrent les tumeurs au moyen d'une anse galvanique, puis refermèrent la vessie par la suture. Ils eurent un succès complet, mais ce que permet l'urèthre de la femme ne peut être exécuté dans celui de l'homme, et on ne peut adopter cette méthode comme règle dans les deux sexes.

On a aussi proposé de fermer la plaie vésico-abdominale en n'y laissant passer qu'un tube de caoutchouc passant d'autre part par l'urèthre, de façon à former une sorte de drain en anse par lequel on peut faire des lavages vésicaux. Mais là encore on a eu des insuccès tenant au mauvais fonctionnement du drain et à l'intolérance de l'urèthre. Aussi actuellement se contente-t-on de placer dans la partie la plus déclive de la vessie deux tubes de caoutchouc accolés en canon de fusil et qui par leur autre extrémité plongent dans un urinoir placé sur un plan très inférieur au bassin du malade. On établit ainsi un siphon qui conduit l'urine du bas-fond vésical vers l'extérieur. On peut d'ailleurs rétrécir la plaie cutanée dans sa partie supérieure après avoir eu soin de fixer les deux lèvres de l'incision vésicale à la partie correspondante de la peau, ce qui suffit habituellement à prévenir toute infiltration des lèvres de la plaie.

Quand, à cause de la situation désespérée du malade, de la nature de la tumeur, on préfère obtenir une fistule hypogastrique persistante, on pourra fixer soigneusement les bords de la plaie vésicale avec les bords de la peau, comme on le fait dans les kystes dont on ne peut faire que l'extirpation incomplète. En outre, un pansement antiseptique absorbant sera appliqué sur les bords de la plaie et le ventre sera comprimé au moyen de couches d'ouate hydrophile antiseptique, maintenues par un bandage approprié.

On n'a dans la suite qu'à surveiller le fonctionnement du siphon vésical et à nettoyer soigneusement le pourtour de la plaie, les sutures, etc. Le siphon sera enlevé au bout de 10 à 12 jours en moyenne. Dans la suite, et suivant les cas, ou bien on laissera

fermer la plaie vésicale, ou bien on maintiendra une fistule béante. Dans cette dernière manière d'agir qui est très utile si l'on veut surveiller la récidive dans les cas de tumeur maligne, on peut adapter à la fistule un obturateur en forme de double bouton muni de deux petits ballons, l'un intra, l'autre extra-vésical, et qu'il suffit de gonfler pour avoir une occlusion exacte.

Dans les cas de tumeur infiltrée des parois vésicales, plusieurs auteurs ont pratiqué des résections plus ou moins étendues de ces parois. Ainsi ont agi Norton, Sonnenberg, G ya-von-Anlat, M. Guyon, avec des succès variés.

La résection doit être sous-péritonéale, ou au moins doit-on avoir soin de fermer le péritoine, si par hasard on vient à l'ouvrir. Dans quelques cas on peut suturer les bords de la perte de substance faite aux parois vésicales par la résection.

Dans d'autres, on a obtenu la cicatrisation par bourgeonnement et même la reconstitution d'une cavité dont les parois fonctionnent comme une vessie normale (Norton). Novaro (de Sienne) a même proposé, au Congrès de la Société Italienne de chirurgie de 1887, la résection totale des parois vésicales et l'abouchement des uretères dans le rectum. Il n'a d'ailleurs exécuté ce plan opératoire que sur des chiens ; et nous ne pouvons ici discuter la valeur de cette méthode pour le moins hardie.

Maintenant, si nous considérons les résultats fournis jusqu'ici par la thérapeutique opératoire des néoplasmes vésicaux, nous voyons qu'elle a donné des résultats déjà satisfaisants.

D'après les statistiques de Pousson et du professeur Guyon, l'opération n'a causé la mort que dans 13,5 % des cas chez l'homme et seulement dans 5,5 % chez la femme. Et encore il faut tenir compte des malades qui sont opérés dans de très mauvaises conditions.

Quant aux résultats thérapeutiques, ils s'imposent; en effet, la gastrotomie sus-pubienne a toujours amené la cessation des hémorrhagies et des phénomènes douloureux, symptômes qui sont les plus graves et les plus menaçants pour les malades.

Quant à la survie et à la guérison définitive, nous trouvons dans la statistique de Hache (Dictionnaire Encyclopédique) sur 71 malades guéris de l'opération, 35 guérisons dont le temps n'est point fixé, 26 pour des tumeurs bénignes, 13 pour des tumeurs malignes. Quant aux 32 autres malades que l'on a pu suivre, ils donnent tous ensemble une moyenne de survie de 23 mois 1/2, résultat certainement fait pour encourager à intervenir, et à le faire d'une façon précoce. Quant à la récidive des tumeurs malignes, on l'observe à des époques très variables. Quelquefois 15 jours après l'opération, d'autres fois 2, 4, 5 mois. On en a même vu ne se montrer de nouveau qu'au bout de 14 mois. C'est pourquoi il est utile, dans certains cas, de se réserver une ouverture pour inspecter de temps en temps la surface intérieure de la vessie.

Dr Barette,
Chef de Clinique chirurgicale.

CORRESPONDANCE

A propos de l'Amygdalite impétigineuse.

A monsieur le docteur Cézilly, directeur du *Concours Médical.*

Mon cher directeur et très honoré confrère,

Notre distingué collègue, M. le Dr P. Le Gendre vient de faire paraître, dans le numéro du 1er septembre du *Concours Médical*, quelques réflexions critiques sur la contagiosité de l'impétigo et l'amygdalite impétigineuse. Veuillez me permettre de lui répondre par la voie de votre excellent journal.

Avant d'accepter l'amygdalite impétigineuse, notre confrère désire en voir lui-même. Je n'en ai malheureusement pas de cas à lui offrir pour le moment ; mais il me semble qu'on peut accepter parfois (cela nous arrive à tous) bien des faits que souvent nous ne constaterons jamais nous-mêmes. De plus, je crois qu'en prenant pour base les arguments développés dans la critique de notre collègue, l'amygdalite impétigineuse me paraît susceptible de demander son droit de cité.

Pour le docteur Le Gendre, d'une part, toutes les amygdalites sont infectieuses, de l'autre l'impetigo est à son tour contagieux, infectieux. Pourquoi l'amygdalite serait-elle une hérésie médicale, alors qu'il est prouvé, d'après le docteur Chaumier, du Grand-Pressigny, qu'on peut observer, du fait de l'impétigo, des conjonctivites *simples* ou phlycténulaire ? Quelle différence profonde existe-t-il entre la structure de la muqueuse oculaire et celle de l'isthme du gosier ? Et pourquoi le microcoque impétigineux, bien que pyogène, provoquerait-il nécessairement des amygdalites *suppurées*, puisque ce même microcoque donne lieu à des conjonctivites simples ? Pour être logique, nous devrions admettre des amygdalites simples, de nature impétigineuse.

Je dois dire à M. Le Gendre quelle explication je me suis donnée à moi-même de ce fait singulier que, dans l'épidémie que j'ai observée, mes angineux n'avaient pas d'impétigo de la face, les porteurs d'impétigo facial pas d'angine. J'admets que les élèves qui n'ont pas eu d'impétigo facial avaient un tissu cutané plus résistant, indemne, ne portant pas de solution de continuité, réfractaire en un mot à l'implantation du germe infectieux, du microcoque. Il pouvait en être autrement, il devait en être autrement de la muqueuse amygdalienne. Or, je crois que l'angine impétigineuse, infectieuse comme les autres, était le résultat d'une inoculation et pour moi cette inoculation n'avait pu se faire que de la façon suivante :

Qu'y a-t-il d'extraordinaire à ce que dans les jeux en commun, dans les courses vives, auxquelles se livrent les enfants, alors que la bouche est largement ouverte, que les aspirations sont profondes et énergiques, les germes infectieux, impétigineux ou autres, puissent venir se fixer sur la muqueuse amygdalienne, s'y implanter et, trouvant un terrain de fructification favorable, s'y développer ?

A mon sens, un enfant placé dans ces conditions pouvait très naturellement être affecté d'angine impétigineuse sans présenter d'impétigo facial.

Pour me résumer, je dirai que j'admets une analogie parfaite entre les lésions impétigineuses de la conjonctive et les lésions impétigineuses de la muqueuse amygdalienne. Si, dans le premier cas, on

(1) Voir le *Concours médical,* 1888 n° 35.

observe, du fait de l'impétigo, des conjonctivites simples ou phlycténulaires, on peut admettre aussi, et sans se risquer, dans le second, des amygdalites simples, pustuleuses ou pultacées. L'angine phlegmoneuse ne me semble donc pas devoir être la conséquence obligée de l'implantation du microcoque impétigineux sur l'amygdale. On peut aussi, étant donnée l'intégrité du tissu cutané facial, admettre la production, par contagion, de l'angine impétigineuse, sans éruption faciale.

Il me reste à dire comment, dans cette épidémie, j'explique ce fait que les enfants atteints d'impétigo facial n'ont pas présenté de manifestations angineuses. Il est admis que la propagation des pustules impétigineuses sur le visage, ou du tissu cutané sur les muqueuses se fait surtout, sinon exclusivement, par auto-inoculation, c'est-à-dire par le transport direct du germe, au moyen du doigt, des parties malades sur des tissus sains. Ai-je besoin de faire remarquer que chez les enfants atteints d'impétigo facial, le transport direct, par le doigt, du microcoque sur l'amygdale, est pour ainsi dire impossible ?

Si, d'autre part, on tient compte de ce fait que les pustules impétigineuses ont été soumises à des lavages antiseptiques, que les mouvements de l'orifice buccal sont, par suite des lésions labiales ou faciales, notablement gênés, on ne s'étonnera nullement que l'auto-inoculation soit, dans ce cas, un fait très exceptionnel.

Malgré ces petites critiques de détail, que j'ai essayé de réfuter de mon mieux, je n'en ai pas moins été heureux de voir approuver par notre distingué collègue les moyens curatifs ou prophylactiques que j'avais conseillés. J'ai été fort satisfait d'apprendre que l'acide borique était, de tous les antiseptiques celui que nous devions employer de préférence à tous les autres contre les lésions impétigineuses. Je remercie M. le Dr Le Gendre de me l'avoir appris et saurai à l'occasion mettre à profit cette donnée que j'aurais volontiers acceptée avant de l'avoir contrôlée moi-même.

Veuillez agréer, Monsieur et très honoré confrère, la nouvelle expression de mes sentiments affectueusement dévoués.

P. Lardier.

Rambervillers, le 8 septembre 1888.

Réponse. — En demandant à *voir* une amygdalite impétigineuse avant d'accepter qu'il en existe, je ne crois pas avoir excédé les droits de la critique. En faisant cette réserve, je n'ai nullement voulu révoquer en doute la bonne foi scientifique et les qualités d'observateur de M. Lardier ; il a vu des amygdalites, c'est certain. Etaient-elles impétigineuses, voilà la question.

Si M. Lardier avait reconnu à ces amygdalites des caractères spéciaux permettant de les distinguer des autres, je n'aurais pas protesté contre son affirmation, j'aurais gravé dans ma mémoire les caractères assignés par l'observateur à l'affection nouvelle pour laquelle il réclame droit de cité dans la nosologie, et j'aurais examiné à l'avenir la gorge de tous les enfants atteints d'impétigo ou vivant avec d'autres enfants impétigineux et je n'aurais probablement pas tardé à rencontrer des amygdalites impétigineuses, puisque je vois en moyenne une cinquantaine d'impétigineux par semaine à l'Hôpital des Enfants Malades, où la consultation de dermatologie organisée par M. Gaucher dans le service de la clinique attire beaucoup de monde. J'ajoute que, depuis la lecture du mémoire de M. Lardier, j'ai cherché et que je n'ai pas encore trouvé, malgré l'adage.

Voyons pourtant comment raisonne M. Lardier. M. Lardier constate, dans un établissement scolaire, un grand nombre de cas d'impétigo, et aussi d'assez nombreuses amygdalites.... Mais les enfants qui ont de l'impétigo facial n'ont pas d'amygdalite et ceux qui ont de l'amygdalite n'ont pas d'impétigo.... Mais ces amygdalites n'ont aucun caractère qui rappelle l'impétigo ; ce sont des amygdalites simples ou pultacées, c'est-à-dire banales. — Quand je dis banales, je ne dis pas non infectieuses puisque je crois qu'elles le sont toutes ; mais je dis n'ayant pas les caractères tranchés des amygdalites phlegmoneuses ou des amygdalites symptomatiques d'états infectieux classés (érysipèle, fièvres éruptives, etc.).

Si j'accepte que M. Chaumier ait à bon droit attribué à l'impétigo certaines conjonctivites pustuleuses, c'est que j'ai toujours observé ces conjonctivites, comme les tourniolés, chez des enfants atteints d'impétigo facial et que le transport du microbe par les doigts de l'enfant de son nez ou de ses lèvres à son œil me semblait facile à comprendre.

Pour la même raison, si M. Lardier m'avait dit avoir vu souvent l'amygdalite chez les enfants ayant de l'impétigo au pourtour de l'orifice buccal ou dans le nez, j'aurais très bien compris que la déglutition de la salive ou le passage du courant d'air dans les fosses nasales pût entraîner des germes d'impétigo sur les amygdales, et j'aurais été moins exigeant pour les caractères objectifs de cette amygdalite, parce que l'enchaînement entre les divers stades du processus morbide aurait satisfait à la logique. Mais l'hypothèse de M. Lardier, supposant que les enfants dans leurs efforts de course ou de jeu *aspirent* les microbes de l'impétigo venus de la figure de leurs condisciples ou flottant dans l'air, me paraît bien peu vraisemblable.

Si le microbe de l'impétigo était *dans l'air*, pourquoi les médecins, surveillantes et infirmières qui passent tant d'heures dans des salles d'hopital avec beaucoup d'enfants atteints d'impétigo ne contractent-ils pas plus souvent cette dermatose, tandis que, si par hasard l'un d'eux se porte sans précaution à l'entrée du nez ou aux lèvres un doigt souillé de pus d'impétigineux, il arrive souvent qu'il se contamine.

C'est aussi une pure hypothèse que d'admettre, pour les besoins de la cause, chez certains enfants une résistance particulière de la peau et chez certains autres une résistance spéciale de la muqueuse gutturale à l'impétigo, avec cette circonstance encore plus hypothétique que ce sont justement ceux qui ont la muqueuse la moins résistante dont la peau se trouve pourvue d'une résistance exceptionnelle.

Je me résume en disant : M. Lardier a vu dans une pension beaucoup d'enfants atteints d'impétigo, il en a vu *d'autres* qui avaient de l'amygdalite. Or, M. Lardier le dit lui-même: « Il est admis que la propagation des pustules impétigineuses se fait surtout, sinon exclusivement, par auto-inoculation... ». Je suis donc en droit de considérer la corrélation admise par M. Lardier entre l'impétigo de certains enfants et l'amygdalite des autres comme une hypothèse qui ne repose que sur d'autres hypothèses en désaccord elles-mêmes avec des faits bien établis.

P. Le Gendre.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Conditions de remplacement d'un médecin par son confrère.

Puisque vous désirez que je réponde moi-même aux questions que je vous ai posées relativement aux remplacements, je vais le faire de mon mieux.

Je suppose qu'il s'agit d'un *remplacement à la ville* et pour un mois, un mois de vacances commandé par la nécessité d'aller aux eaux ou par le besoin d'un repos bien gagné.

Voici les diverses situations que j'ai visées dans mon questionnaire.

1° Pour la clientèle ordinaire.

Le médecin ne doit rien, selon moi, à son remplaçant. Il s'agit, d'ailleurs, d'un service rendu à charge de revanche. Je suppose aussi que le remplaçant soit dans de bons termes avec le remplacé qui, de son côté, a pour son caractère, sa ponctualité, sa science, la plus sérieuse estime. Le remplaçant prend sur son temps, mais il fait office de bon confrère et ne peut que gagner soit à voir beaucoup de malades, soit à être connu des familles chez lesquelles il se rend. J'ajoute enfin que rien ne dispose mieux les familles pour le remplaçant que lorsqu'à une offre d'honoraires celui-ci répond : « Vous ne me devez rien, vous réglerez avec mon confrère. »

2° Pour la clientèle d'une usine, chemin de fer, etc., service fait aux appointements fixes.

C'est de ce côté que peut venir une rémunération pour le médecin suppléant, le service est plus pénible, donne moins de satisfaction d'amour-propre. Il y a là substitution complète du remplaçant au remplacé, il doit répugner à celui-ci de toucher ses honoraires du mois ou du trimestre sans les laisser aux mains de son obligeant confrère.

3° Pour un service de bureau de bienfaisance rétribué.

Même cas.

4° Pour un service d'hôpital rétribué.

Même cas. Mais il serait bien de la part des administrateurs, pour peu que l'hôpital soit à son aise, de payer directement les services du remplaçant.

5° et 6° Pour un service d'hôpital et de bureau de bienfaisance non rétribué.

Il n'est rien dû au remplaçant.

7° Pour un service de théâtre, courses, entreprises particulières, non rétribuées, ou qui ne le sont que par une entrée donnée au titulaire.

Il n'est rien dû au remplaçant.

8° Pour certificats de compagnies d'assurances ou autres, rétribués, qu'ils soient demandés soit au médecin remplaçant, soit à un médecin quelconque pris en l'absence du médecin ordinaire.

Deux cas à distinguer. Si la compagnie ou l'administration prend un médecin quelconque, celui-ci peut garder la totalité des honoraires. Si elle prend le remplaçant désigné, celui-ci doit donner au titulaire la moitié des honoraires. Car c'est à sa désignation par le titulaire qu'il doit ce travail assez rémunérateur parfois, eu égard au peu de peine qu'il donne. Dr A., à C.

Nous nous contentons de faire observer à notre correspondant que ses observations ne portent que sur une situation très spéciale : *deux confrères qui se remplacent réciproquement*, à l'occasion.

Il faut, dans ce cas, que la réciprocité soit à peu près complète et dès lors il n'y aurait pas lieu à rétribution. Ce serait préférable à tous égards.

Lorsqu'il s'agit, au contraire, du remplacement d'un médecin par un médecin étranger, les conditions généralement acceptées sont les suivantes :

1° frais de voyage, aller et retour en 1re classe pour un docteur en médecine ; en 2e classe pour un étudiant ou un interne des hôpitaux.

2° pour un remplacement de une semaine à 15 jours : 20 fr. par jour pour les diplômés, 15 fr. pour les non diplômés.

3° au-dessus de trois semaines jusqu'à un ou 3 mois:

15 fr. pour les diplômés ;

10 fr. pour les non diplômés;

4° au-delà de 3 mois, réduction en général.

RECUEIL DE FAITS

Action hémostatique locale de l'antipyrine.

Deuxième fait.

Le 3 septembre au matin, extraction de la 1re molaire gauche inférieure, avec arrachement d'une esquille enchâssée entre les racines, chez un adulte mal denté.

Le 4, au tantôt, retour du malade qui a toujours saigné depuis la veille et imbibé quatre mouchoirs. Lavage de la bouche à l'eau fraîche, boulette de charpie avec l'antipyrine sur le caillot ; compression qui colore la charpie en exprimant le sang, remplacement par une deuxième boulette qui reste incolore, les hémorrhagies sont arrêtées après quelques instants. Trente centigrammes environ d'antipyrine furent employés.

Dr Marie,
Saint-Aignan (Loir-et-Cher).

BULLETIN DES SYNDICATS
ET DE
L'UNION DES SYNDICATS

DIRECTEUR : Dr BARAT-DULAURIER

Association syndicale des médecins de la Haute-Saône

Assemblée générale tenue à Vesoul le 31 juillet 1888.

PRÉSIDENCE DE M. LE DOCTEUR MASSIN.

La séance est ouverte à dix heures et demie.

Radiation. — M. Pourcelot, *officier de santé* à Rosey, est radié de la liste des Membres du Syndicat pour refus de cotisations en retard.

Admissions. —MM. Delerse, docteur-médecin à Rioz, Perchet, docteur-médecin à Autet, demandent à faire partie du Sydicat, et sont admis à l'unanimité.

Nous extrayons les passages suivants du très intéressant rapport du président, M. le docteur Massin :

Messieurs et honorés Confrères,

Pendant l'année qui vient de s'écouler, il ne s'est rien passé d'anormal ni dans la Société de médecine, ni dans le Syndicat de la Haute-Saône.

La prospérité de ce dernier, qui comprend presque tous les médecins du département sans nuire aux progrès de l'Association générale, ne fait que s'accroître.

Chaque année, nous pouvons constater l'augmentation du nombre de nos adhérents et souhaiter la bienvenue à de nouveaux membres.

Nous devons nous réjouir de cette progression car, plus nous serons nombreux, plus notre influence augmentera.

Le Syndicat a surtout pour mission de défendre les intérêts professionnels. Cette société nouvelle est le complément utile et nécessaire de l'Association dans les revendications légitimes que nous avons souvent à exprimer.

Les nombreux services que le Syndicat a rendus ont déjà été énumérés par mes honorables prédécesseurs ; et quand on parcourt les colonnes du journal « *Le Concours médical* », organe impartial et dévoué des intérêts professionnels, on peut s'assurer que, dans aucun des quarante-quatre départements où ils existent, les services de l'Assistance médicale à la campagne et de la vaccine, ne sont mieux établis que dans la Haute-Saone, et cela grâce à son initiative.

Ces heureux résultats en présagent d'autres tout aussi humanitaires ; ils seront dus à la force de nos associations, qui vivent côte à côte et s'entr'aident mutuellement.

Aussi, plein de confiance dans l'avenir, je viens vous prier de demander aux pouvoirs publics l'application de la loi Roussel du 23 décembre 1874 sur la protection des enfants du premier âge, car une Société de médecine ne peut trouver un meilleur emploi de son temps que celui qui consiste à réduire la mortalité.

Cette tâche est au surplus éminemment patriotique, car la grandeur d'un peuple se mesure au nombre de ses enfants, et, sous ce rapport, nous ne sommes pas en progrès.

Il résulte, en effet, d'un tableau publié en octobre dernier par le *Journal officiel*, que l'augmentation moyenne et annuelle de la population est en Russie, de 12,9 pour 1,000 habitants ; en Allemagne, de 8,4 ; en Italie, de 6,7, tandis qu'en France elle n'est que de 2.5, et que ce taux baisse toujours ;

Qu'en outre, notre population spécifique est bien inférieure à celle des nations voisines, car nous possédons seulement 72 habitants par kilomètre carré, tandis que la Belgique en a 200, l'Italie, 94, l'Allemagne, 77, et qu'en conséquence les rapports de puissances tendent à se déplacer entre nous et nos voisins.

De tous les côtés, les peuples limitrophes dépassent leurs frontières : les Belges, au nord ; les Italiens, au midi ; la race française a des tendances à se laisser absorber. Il y a actuellement en France 1,115,000 étrangers, 3 % de notre population. Ces étrangers représentent le septième de la population travailleuse ; leur salaire monte à plus de 1 milliard.

Cependant notre mortalité générale n'a rien d'alarmant : en 1781, elle était de 35 pour 1,000 ; aujourd'hui, elle n'est plus que de 23,6 pour 1,000, c'est-à dire inférieure à celle de l'Allemagne, qui est de 26 pour 1,000.

La durée moyenne de la vie s'est accrue en France ; elle est de 34,2 pour les hommes, et de 37,3 pour les femmes.

En général, les grandes causes de la dépopulation française sont : le nombre des morts-nés, 45,000 ; celui des enfants qui succombent dans le premier mois, 60,000 et la raréfaction de la natalité.

En effet, si nous prenons les deux derniers recensements, nous verrons que l'excès des naissances sur les décès, qui était, en 1881, de 108,220, est tombé, en 1886, a 56,260, et que, si cette progression continue, très prochainement, le nombre des naissances sera inférieur à celui des décès.

La population est en décroissance dans presque moitié des départements.

Nous venons de dire que la France a 72 habitants par kilomètre carré, et la Belgique 200. Eh bien, dans la Haute-Saône, la population, pour le même espace, n'est que de *cinquante* habitants, ruraux et urbains compris, et dans l'arrondissement de Gray, à peine de 40 pour la population rurale.

En 1852, la population de la Haute-Saône était de 347,469 habitants ; en 1887, elle n'est plus que de 290,254. Dépopulation annuelle progressive, 1,614 habitants.

J'ai déjà dit que la plus grande fortune d'une nation consiste dans sa population, surtout au point de vue de sa défense contre des voisins envahissants.

D'après ce qui précède, on voit qu'il est temps de prendre, en France, des mesures efficaces pour combattre la dépopulation.

La loi Roussel, née forcément des nécessités de l'époque, vient à point pour nous permettre de tendre à ce but.

Loi Roussel.

La loi de protection est presque renfermée en entier dans son article premier, ainsi conçu :

« Tout enfant de moins de deux ans qui est « placé, moyennant salaire, en nourrice, en sevra- « ge ou en garde hors du domicile de ses parents, « devient par ce fait l'objet d'une surveillance de « l'autorité publique ayant pour but de protéger « sa vie et sa santé.»

Les retards apportés depuis quatorze ans à l'exécution complète de la loi Roussel dans la Haute-Saône entraînent des responsabilités morales dont l'Administration aura hâte de se dégager quand elle connaîtra le résultat de son application dans divers départements, et nous sommes persuadé qu'elle ne tardera pas à demander la collaboration des médecins à une œuvre dont on a pu dire que son organisation est un bienfait pour le pays et un grand honneur pour le gouvernement de la République.

Souvent de mauvaises mères envoient leurs enfants à de mauvaises nourrices qu'elles savent prêtes à les laisser et même à les faire mourir ; aujourd'hui, ces infanticides déguisés deviendront plus rares partout où sera établie l'Inspection médicale.

D'autre part, il est bien rare, à la campagne, quand une fille est enceinte, que ses voisines ne le sachent pas et que la nouvelle ne parvienne pas aux oreilles du maire, qui, armé de la loi Roussel, empêchera cette fille de se débarrasser de son enfant, parce qu'elle saura qu'il lui faut un permis d'inhumer délivré par un médecin inspecteur.

Il est nécessaire que le médecin visite les enfants une fois par mois et adresse à la nourrice les recommandations utiles ; qu'il avertisse les parents en cas de nécessité ; qu'il combatte les procédés meurtriers d'alimentation qui coûtent la vie à tant de nourrissons. C'est là que doit être la protection de la première enfance, protection que l'Administration ne saurait exercer sans mandataires spéciaux, sans le grand ressort de la montre, pour nous servir de l'heureuse expression de notre confrère Clément.

Il est inutile d'entrer dans de plus longs développements pour démontrer que l'Inspection médicale constitue l'œuvre essentielle, de la protection du premier âge et de l'hygiène infantile.

C'est une vérité que, chaque année, l'expérience met plus en lumière.

Ainsi, il y a dix ans à peine, le Calvados occupait, dans la liste de mortalité des enfants, une place

noire, sinistre ; plus de 30 0/0 des enfants succombaient. Aujourd'hui, il n'en succombe plus que 5 0/0, car les enfants sont surveillés.

Dans la Creuse, suivant M. Fleury, inspecteur des enfants assistés de ce département, qui nous permettra de le remercier ici de tous les renseignements qu'il a bien voulu nous communiquer, la moyenne des décès chez les enfants surveillés n'a été que de 4,24 0/0, 17 décès sur 462 nourrissons de moins d'un an en 1886.

Pendant la même année 1886, la mortalité parmi les enfants de moins d'un an, élevés dans la Creuse, qui, presque tous, étaient allaités par leur mère, a dépassé 10 0/0, 578 décès sur 6,225 enfants nés vivants.

Parce qu'on élève un enfant gratuitement, il n'est pas prouvé qu'on l'élève intelligemment et qu'on ne le tue pas en le soumettant à un régime routinier et meurtrier.

Quelque invraisemblable que cela puisse paraître à ceux qui n'ont pas étudié la question, il est incontestable que, dans les départements où la loi de protection fonctionne, la mortalité est moins grande parmi les enfants confiés à des nourrices surveillées que parmi les enfants élevés dans leur famille.

Il en était tout autrement avant l'application de la loi du 23 décembre 1874.

Pour mon compte personnel, et pour en parler avec connaissance de cause, j'ai fait l'application de la loi Roussel en 1886 et en 1887.

J'ai trouvé 15 nourrissons dans ma circonscription ; je les ai visités tous les mois, eux et leurs nourrices, et, dans ce laps de temps, je n'ai point eu de décès, quoique souvent je n'eusse à visiter que des petits Parisiens très chétifs.....

Dans la Haute-Saône, nous sommes loin des beaux résultats du Calvados et de la Creuse, car, jusqu'à maintenant, on a regardé la création des médecins inspecteurs comme une dispendieuse illusion.

Depuis la promulgation de la loi Roussel, différents ministres de l'intérieur ont envoyé aux Préfets des circulaires pour en réglementer l'application.

La plus récente et la plus importante est celle de M. Fallières, à la date du 18 août 1887, où il est dit : « Maintenant, je le répète, il reste beaucoup à faire, « soit pour compléter l'organisation de ce service, « soit pour activer le fonctionnement de ses rouages et surtout de son rouage essentiel : l'Inspection médicale. »

Au ministère de l'intérieur, on croit que la loi Roussel est complètement exécutée dans notre département, car certains rouages fonctionnent ; ainsi, la Commission départementale y est nommée annuellement ; mais, par contre, l'Inspection médicale y est nulle, absolument nulle ; et comment pourrait-il en être autrement avec l'interprétation donnée par les bureaux de la préfecture à une circulaire préfectorale du 25 octobre 1878 ? Cette interprétation est formulée dans une lettre qui m'a été adressée le 2 mars 1888.

Suivant cette lettre, l'Administration ne reconnaîtrait comme valables que les visites qui seraient faites sur réquisition des Maires ; or les visites sur réquisition des Maires sont : 1° la première visite que le médecin inspecteur fait dans la huitaine à un nourrisson nouvellement arrivé, et 2° les visites en dehors des visites mensuelles. Toutes les visites mensuelles n'ont nullement besoin de la réquisition du maire, l'article 10 du règlement d'administration publique, 2e alinéa, est formel : « Il (le médecin inspecteur) doit ensuite visiter « l'enfant au moins une fois par mois et à *toute réquisition du Maire*. » Les mots et à *toute réquisition du Maire* ne concernent que les visites exceptionnelles ; si toutes les visites devaient être faites à réquisition du Maire, la conjonction *et* serait supprimée dans la 2e alinéa dudit article 10.

On voit que nous sommes loin, bien loin de l'esprit et de la lettre de la circulaire de M. Fallières.

Permettez-nous, Messieurs, d'en extraire encore le passage suivant : « Je sais, dit M. le Ministre, à « quelle réserve oblige la situation financière des dé« partements, et, dans l'hypothèse où l'allocation « votée pour l'Inspection médicale serait insuffisante, « je vous prierais instamment d'examiner s'il ne « serait pas possible d'augmenter cette allocation, « soit, en faisant emploi des disponibilités existan« tes, soit en réalisant des économies sur d'autres « points. En cas d'impossibilité absolue, je n'hési« terais pas à conseiller de restreindre dans le cré« dit de la Protection la part afférente aux autres « branches du service, et de faire profiter de la ré« duction l'Inspection médicale. »

Voilà qui est clair. Eh bien, sur l'état des dépenses qu'a occasionnées la Protection en 1887, dans la Haute Saône, les branches étrangères à l'Inspection médicale, Justices de paix, Greffes de mairie, etc., etc., ont touché.... 1,918 f. »»
Et deux médecins ensemble............ 24 »»
Total.................................. 1.942 »»

L'éloquence de ces chiffres réduit à néant les instructions ministérielles et le rôle de notre profession pour l'application d'une loi humanitaire, alors que tous les commentateurs nous ont placés au premier rang.

Tarifs. — Haute-Saône.

Il est alloué aux secrétaires de mairie 1 fr. 25 pour l'inscription a l'entrée, 1 fr. 25 pour la sortie.

Aux juges de paix, 9 fr. au delà de 5 kilomètres, et 12 fr. au delà de 10 kilomètres.

Aux médecins (circulaire ministérielle du 20 août 1878), 1 fr. dans la localité, 2 fr. au dehors, quelle que soit la distance à parcourir.

L'Etat prend à sa charge moitié des dépenses du service, et les départements d'origine des enfants, 3/8e.

Dans la Haute-Saône, la plupart des enfants viennent de Paris, et si, à Paris, on savait que la Protection soit organisée, il en viendrait bien davantage.

Dans la Creuse, le Conseil général n'a pas voté de crédit pour les déplacements des juges de paix, déplacements qui sont tout à fait inutiles et considérés comme tels dans beaucoup de départements où la vérification des registres de Protection se fait au greffe de la justice de paix. A défaut de fonds, c'est le moyen le plus simple d'appliquer la loi entièrement.

Quelques semaines ont suffi, dans la Creuse, pour organiser le service de la Protection.

Dans le Calvados, ce service ne coûte que 100 fr. par tête d'enfant enlevé à la mort.

Dans la Haute-Saône, en n'employant que les éléments réellement utiles, il n'en coûtera pas davantage ; il ne faut que de la bonne volonté pour diminuer la mortalité du premier âge et enlever, chaque année, de nombreux nourrissons à une mort certaine.

Je suis donc fondé à croire que, pour accomplir un acte aussi humanitaire, nos Confrères qui font partie du Conseil général ne négligeront rien pour obtenir dans notre pays l'Inspection médicale (art. 15 du règlement d'administration publique du 27

février 1877), principe vital de la loi Roussel votée depuis le 23 décembre 1874, à l'unanimité, par l'Assemblée nationale.

Syndicat d'Aisne-et-Vesle.

La réunion de la Société médicale de Reims aura lieu le 3e mercredi d'octobre, soit le 17.

La réunion du syndicat d'Aisne-et-Vesle aura lieu le 23 octobre à Soissons.

La réunion de l'Union des Syndicats aura lieu à Paris le 4 novembre.

Les membres du Syndicat sont priés de faire leur possible pour assister à ces diverses réunions confraternelles où des questions professionnelles très intéressantes seront discutées.

Le secrétaire général,
Dr H. Lécuyer,
de Beaurieux (Aisne).

NOUVELLES

Organisation du concours pour les places de médecins adjoints des Asiles publics d'aliénés.

Article premier. — Il est constitué un concours pour l'admissibilité aux emplois de médecins adjoints des asiles publics d'aliénés.

Art. 2. — Le concours sera régional ; il y aura autant de régions que de facultés de médecine de l'Etat. — La circonscription de chaque région sera composée comme il est indiqué dans le tableau annexé au présent arrêté.

Art. 3.— Les candidats devront être Français et docteurs d'une des Facultés de médecine de l'Etat. — Leur demande devra être adressée au ministre de l'intérieur qui leur fera connaître si elle est agréée et s'ils sont admis à prendre part au concours. Ils ne devront pas être âgés de plus de trente ans au jour de l'ouverture du concours. Ils auront à justifier de l'accomplissement d'un stage d'une année au moins, comme internes dans un asile public ou privé consacré au traitement de l'aliénation mentale. Toute demande sera en conséquence accompagnée des pièces faisant la preuve de ce stage, de l'acte de naissance du postulant, ainsi que de ses états de services quelconques. Les candidats seront libres de concourir, à leur choix, dans l'une ou l'autre des régions. Au fur et à mesure des vacances d'emplois qui se produiront dans les asiles publics de la région où ils auront passé le concours, les candidats déclarés admissibles seront désignés au choix des préfets, suivant l'ordre de classement établi par le jury d'après le mérite des examens.

Art. 4. — Un premier concours sera ouvert en 1888 dans chaque région pour l'application du présent arrêté, à une date qui sera ultérieurement déterminée. Ce concours aura lieu en vue de l'admission de trois candidats dans la région de la Faculté de médecine de Paris et de deux candidats dans chacune des autres régions. — Un nouveau concours n'aura lieu ensuite dans chaque région que lorsque la liste des candidats déclarés admissibles y sera épuisée à une seule unité près.

Chaque concours sera annoncé au moyen d'insertions faites au *Journal officiel* et dans le *Recueil des Actes administratifs* de la préfecture du chef-lieu de chaque région. Tout admissible qui n'aurait pas été pourvu d'un emploi dans un délai de six ans à compter de la date du concours, aurait à se soumettre de nouveau aux épreuves instituées par le présent arrêté, à moins qu'il ne justifiât avoir, dans l'intervalle, été attaché, pendant trois ans au moins à un asile d'aliénés en qualité d'interne.

A titre exceptionnel, et lorsqu'il y aurait urgence à nommer le médecin adjoint d'un asile dans une région où la liste des admissibles se trouverait épuisée, l'administration supérieure conservera la faculté d'appeler à cet emploi un candidat d'une autre région à la condition que celui-ci déclarera expressément renoncer au droit qui lui appartient d'obtenir son poste de début dans la région où il a subi le concours. A titre exceptionnel également, et lorsqu'une nécessité d'ordre supérieur le recommanderait, ou encore par mesure disciplinaire, tout médecin adjoint nommé pour son début dans la région où il aura concouru, pourra être ensuite envoyé avec ses mêmes fonctions dans un asile situé hors de cette région.

Art. 5. — Les médecins adjoints pourront être nommés médecins en chef ou directeurs-médecins dans toute la France.

Art. 6. — Le jury chargé de juger les résultats du concours sera composé dans chaque région : 1° de trois directeurs-médecins ou médecins en chef de la région ; 2° d'un inspecteur général des établissements de bienfaisance ; 3° d'un professeur désigné par la Faculté de médecine de la région. Les directeurs-médecins et les médecins en chef appelés à faire partie du jury seront désignés par voie de tirage au sort parmi les docteurs qui remplissent l'une ou l'autre de ces fonctions dans un des asiles publics de la région. Il sera procédé, en outre, au tirage au sort d'un juré suppléant pris également parmi les directeurs-médecins et médecins en chef.

Art. 7. — Les épreuves sont au nombre de quatre : 1° Une *question écrite* portant sur l'*anatomie* et la *physiologie du système nerveux* pour laquelle il sera accordé trois heures aux candidats. Le maximum des points sera de 30 ; 2° Une *question orale* portant sur la médecine et la chirurgie ordinaires pour laquelle il sera accordé 20 minutes de réflexion et 15 minutes pour la dissertation. Le maximum des points sera de 20. 3° Une *épreuve clinique* sur deux malades aliénés. Il sera accordé 30 minutes pour l'examen des deux malades, 15 minutes de réflexion et 30 minutes d'exposition. L'un des deux malades devra être examiné et discuté plus spécialement au point de vue médico-légal. Le maximum des points sera de 30 ; 4° Une *épreuve sur titres*. Les travaux scientifiques antérieurs des candidats seront examinés par le jury et feront l'objet d'un rapport qui pourra être communiqué aux candidats sur leur demande. Le maximum des points sera de 10. Les points pour cette épreuve devront être donnés au début de la première séance de lecture des compositions écrites.

Art. 8. — Ne sera pas soumis aux épreuves du concours institué par le présent arrêté le chef de la clinique des maladies mentales organisée à l'asile Sainte-Anne, lorsqu'il sera chargé des fonctions de médecin adjoint dans cet établissement, conformément aux dispositions des articles 3 et 4 de l'arrêté ministériel du 8 octobre 1879 (1).

NÉCROLOGIE

Une victime du devoir professionnel

On a annoncé il y a peu de jours, la mort du Dr Peut, enlevé en quelques heures par une diphthérie contractée en soignant avec dévouement dans le dispensaire récemment ouvert aux Batignolles, un enfant atteint de cette maladie.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU CONCOURS MÉDICAL

M. le Dr Dufour, à Paris, présenté par le docteur Ardilouze, de Château-Landon.

M. le Dr Parmentier, à Paris, présenté par le docteur Chancel, de Paris.

(1) Voilà une disposition singulière que rien ne justifie. Si elle était juste pour Paris, il faudrait l'appliquer aux chefs de cliniques des autres Facultés. Limitée à Paris, c'est une prérogative qui sent le *favoritisme*. (*Progrès médical.*)

Le Gérant : A. CÉZILLY.

Clermont (Oise).— Imp. DAIX frères, place St-André, 3.

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE

La journée médicale dans les stations hivernales.

M. *Onimus* a fait, pendant l'hiver dernier, dans le Midi méditerranéen, des recherches sur les conditions de ce qu'on a appelé « la journée médicale », c'est-à-dire sur le moment pendant lequel les malades peuvent et doivent sortir (1).

Il résulte de ces recherches, qui ont été faites au moyen de thermomètres enregistreurs, que le minimum de température existe toujours au moment du lever du soleil ; que ce minimum est d'autant plus marqué que la journée sera plus belle ; qu'aussitôt le soleil levé, la température monte d'une façon uniforme et constante jusqu'à un maximum qui varie selon les mois. Plus la saison est avancée, plus rapidement arrive ce maximum et plus longue est sa durée.

« La journée médicale » varie donc selon les mois et aussi selon les stations hivernales. Dans les points bien encaissés par les montagnes, la température s'élève plus dans la première partie de la journée que dans d'autres points du littoral.

Au moment où le soleil se couche, il y a un abaissement de la température, mais celle-ci est très faible comparativement à l'impression de froid que nous éprouvons.

Presque toujours cet abaissement de température n'est que de 2 à 3 degrés et correspond, à peu de chose près, à la température de 10 à 11 heures du matin. Même avec une température inférieure dans la matinée, l'impression est très différente, et l'on a plus chaud le matin, alors même que le thermomètre marque 3 à 4° de moins qu'à 4 heures du soir.

(1) Académie de médecine.

Ce phénomène n'est paradoxal qu'en apparence, car notre organisme éprouve l'influence de ce refroidissement par plusieurs causes, qui agissent moins nettement sur les instruments physiques. Les principales de ces causes sont une humidité plus grande vers le soir, et surtout la radiation.

Lorsque le ciel est couvert, ou lorsqu'il y a de la pluie, cette impression du froid au moment du coucher du soleil n'existe pas. Elle existe, par contre, dans le milieu de la journée, lorsqu'on passe à l'ombre.

Le moyen le plus pratique pour obvier aux inconvénients de ces refroidissements est de faire usage de vêtements qui mettent obstacle à la radiation.

Urologie clinique de la variole.

Voici, d'après un mémoire de M. *Albert Robin* les modifications des urines pendant la variole.

Pendant la période d'invasion, l'urée de 24 heures se maintient, chez l'adulte, entre 28 et 38 grammes. Lorsque la variole survient pendant la convalescence d'une maladie aiguë, son début est marqué par de l'azoturie : cette azoturie existe aussi chez les enfants. Le chiffre de l'urée est d'autant plus élevé que la maladie affecte une marche plus franchement inflammatoire, tandis qu'il s'abaisse lorsque la fièvre prend un caractère de mauvaise nature. La densité varie de 1026 à 1035. — Pendant la période d'état et la convalescence, l'urée tend à rester dans les hauts chiffres de 28 à 35, et elle subit une poussée qui s'élève de 3 à 4 gr. aux alentours de la suppuration. Les chlorures, très dimi-

nués pendant la fin de la période d'invasion et la période d'éruption, remontent à 2 gr. et 2 gr. 50 pendant la suppuration, pour s'élever, à 8,10,15 gr. à l'époque précise où l'urée subit une diminution. L'acide phosphorique est augmenté pendant les premières étapes de la variole ; il augmente encore quelque peu au moment de la suppuration. — L'acide urique existe toujours en grande quantité dans les premières périodes de la maladie ; il diminue peu à peu à partir de la suppuration, pour redevenir normal pendant la convalescence. Les matières extractives sont notablement augmentées, surtout dans la variole grave.

M. Albert Robin admet quatre variétés d'albuminurie dans la variole ; l'albuminurie prévariolique, survenant avant l'éruption ; l'albuminurie transitoire, se produisant au début de l'éruption et au moment de la suppuration ; l'albuminurie abondante qui survient à une époque quelconque de la période aiguë ; enfin l'albuminurie de la convalescence.

La chorée héréditaire.

M. le Dr *Lannois* admet que la chorée héréditaire doit avoir une place à part dans le groupe des chorées arythmiques. C'est une maladie de l'adulte et de l'âge mur, qui, au point de vue étiologique, se caractérise par l'influence prépondérante et essentielle de l'hérédité. On la voit en général débuter vers 40 ans.

Au point de vue symptomatique, la chorée héréditaire se rapproche beaucoup de la chorée vulgaire ou de Sydenham, dont elle diffère cependant par ce fait capital que *la volonté fait temporairement cesser les mouvements incoordonnés.* L'intensité des troubles psychiques, allant quelquefois jusqu'à l'imbécillité et à la démence, est à noter.

Un certain nombre de faits englobés sous le nom de chorée des adultes ou de chorée des vieillards doit vraisembablement être rattaché à la chorée héréditaire.

Le diagnostic ne présente pas de difficultés sérieuses ; il doit cependant être fait avec les autres formes de chorée arythmique, avec le paramyoclonus multiplex et surtout avec la maladie des tics convulsifs.

La marche est lentement progressive et aboutit, au bout d'un temps plus ou moins long, à la mort ; la chorée héréditaire est jusqu'à présent incurable.

Les céphalées de croissance.

Plusieurs explications ont déjà été proposées pour cet état morbide. Un mal de tête persistant, frontal le plus souvent, avec inaptitude au travail, paresse cérébrale, irritabilité nerveuse avec alternatives de tristesse et de colère, quelquefois des vertiges, des cauchemars, des illusions sensorielles, des lipothymies sont les principaux traits du tableau pathologique dans lequel la céphalalgie donne la note principale.

Quelle en est la cause ? Surmenage intellectuel, névrose du cerveau, disent les uns ; anomalies de la réfraction oculaire, disent d'autres.

M. Joal propose une nouvelle interprétation ; d'après lui, il s'agit de névralgies réflexes d'origine nasale.

Hack avait déjà émis cette opinion ; Ruault a vu une jeune fille atteinte de céphalée de croissance chez laquelle il n'existait pas d'hypertrophie cardiaque et chez laquelle on constatait un gonflement très marqué de la muqueuse du nez quand elle souffrait de la tête, gonflement qui disparaissait quand la céphalalgie n'existait pas. M. Joal a vu aussi des cas où le traitement, qui a consisté à faire cesser la tuméfaction de la muqueuse nasale, a guéri la céphalée. Notre confrère note aussi que dans un cas il y avait coïncidence de poussées d'herpès préputial produisant l'érection fréquente, dans l'autre influence de la menstruation. Il y voit un rapprochement avec les épistaxis d'origine génitale dont il a récemment parlé.

Dangers des produits de combustion du gaz d'éclairage dans les appartements.

M. *Gréhant* s'est occupé de cette question d'hygiène importante avec sa compétence indiscutable. Le gaz, lorsqu'il brûle complètement, donne naissance à de la vapeur d'eau et à de l'acide carbonique. Lorsqu'on fait respirer un animal au milieu de ces produits de combustion, le sang devient plus riche en acide carbonique ; l'oxygène diminue et il se produit des phénomènes d'anoxémie comparables à ce qu'on observe chez les gens vivant sur les hauts plateaux, phénomènes bien étudiés par M. le docteur Jourdanet. Tant que la combustion est complète, il ne se produit pas trace d'oxyde de carbone.

Si l'on rend la combustion incomplète, par exemple en allumant par en bas le bec de Bunsen, il ne tarde pas à se produire une odeur désagréable, due à l'acétylène. Si l'on introduit un chien dans la pièce où se fait l'expérience, au bout d'une heure et demie, il est très abattu ; en deux heures, il s'est formé assez d'oxyde de carbone pour mettre l'animal en danger de mort. (Il faut modifier les dispositions de l'expérience pour la faire sans danger, parce que le gaz incomplètement brûlé pourrait être la cause d'une explosion.)

L'auteur conclut qu'o*n a grand tort de ne pas se préoccuper des produits de combustion du gaz dans les appartements* et qu'il faut construire les appareils de façon à entraîner ces produits au dehors.

MÉDECINE PRATIQUE

Comment faut-il soigner les phthisiques ?

TROISIÈME ARTICLE.

Les injections antiseptiques intra-parenchymateuses.— Le traitement par l'hygiène seule dans les établissements fermés.— Alimentation et aération.— Traitement moral.— Créosote : doses et modes d'emploi.

Dans cette étude essentiellement pratique nous dirons quelques mots seulement des injections anti-

(1) Voir *Concours Médical*, nos 36 et 38.

septiques interstitielles, c'est-à-dire,poussées dans le parenchyme pulmonaire tuberculisé. Les tentatives qui ont été faites jusqu'à ce jour n'ont pas donné encore de résultats assez nettement utiles pour que la pratique courante ait le droit de s'en emparer.

Hiller, qui a le premier injecté du bichlorure de mercure, a eu quelques accidents tels que des hémorrhagies inquiétantes par leur abondance. Le dilemme est le suivant: si on fait une injection à une certaine profondeur dans le parenchyme, on s'expose à blesser quelque vaisseau important; si on la fait superficielle, on n'en peut rien espérer d'avantageux. Chez nous, M. Gougenheim, qui a fait, lui aussi, quelques injections de sublimé dans les cavernes des phthisiques, était plus enclin à l'optimisme. M. Lépine a injecté de la créosote avec des résultats variables. M. Dieulafoy, de l'acide phénique, et n'a pas eu à s'en louer.

Jusqu'à nouvel ordre, nous croyons qu'il n'y a pas lieu d'appliquer les injections intra-parenchymateuses dans les poumons tuberculisés au 2e et même au 3e degré, excepté peut-être des cas très exceptionnels où, chez un tuberculeux, qui aurait encore le reste des poumons en assez bon état pour espérer une survie importante, existerait une excavation très superficielle, facilement accessible au chirurgien; alors il vaudrait mieux ouvrir franchement et drainer la caverne, comme le fit notamment M. Prengrueber, il y a deux ou trois ans, chez une petite fille à l'hôpital Trousseau.

Encore faut-il se rappeler que l'auscultation et la percussion ne permettent pas toujours d'apprécier exactement la profondeur d'une caverne; l'existence en avant de celle-ci d'une zone de tissu pulmonaire condensé par l'infiltration tuberculeuse où la sclérose peut, en renforçant considérablement les bruits intra-caverneux (souffle et gargouillements), faire croire tout à fait superficielle une excavation éloignée de la paroi de plusieurs centimètres. Les autopsies nous montrent assez souvent que cette disposition anatomopathologique rend l'erreur stéthoscopique presque inévitable.

Ainsi, nous arrivons à cette conclusion que les moyens par lesquels on s'est proposé d'amener les antiseptiques directement, au contact des lésions tuberculeuses du poumon autrement que par la voie circulatoire ne sont pas plus fidèles que pratiques.

VI

Laissant désormais de côté toute critique, nous allons formuler les règles qui semblent à l'heure présente devoir nous guider dans la thérapeutique de la phthisie.

Ces règles se résument en deux groupes d'indications: 1° la THÉRAPEUTIQUE PAR L'HYGIÈNE, qui comprend l'*aération* et l'*alimentation*; 2° la THÉRAPEUTIQUE PAR LES MÉDICAMENTS, comprenant en première ligne un médicament presque spécifique, la *créosote*; accessoirement quelques médicaments visant telle ou telle indication passagère, tel ou tel symptôme (de ces derniers, tels que l'arsenic ou les phosphates, l'opium ou l'atropine, l'antipyrine, etc., nous ne parlerons pas, tout le monde est d'accord sur leurs indications).

Il faut proclamer hautement que *l'hygiène doit tout primer*: *l'hygiène à elle seule peut guérir* et guérit dans une proportion, qui atteint peut-être 25 p. 100 dans des conditions spéciales. *Des médicaments seuls sans l'hygiène il n'y a presque rien à attendre. Quand on peut mettre en œuvre à la fois les deux ordres de moyens, nul doute qu'on n'arrive au meilleur résultat possible.*

Avant tout donc, l'hygiène. Aussi bien la thérapeutique de la phthisie par l'hygiène seule est à l'ordre du jour, mais dans des conditions spéciales, *dans des établissements fermés* où le malade, abdiquant toute direction de lui-même, entre en promettant d'obéir sans réserve à toutes les exigences du médecin. Déjà un grand nombre d'établissements de ce genre existent en Allemagne. Nous avons récemment publié (1) le récit si intéressant, fait par le Dr Pouzet, d'une visite au Falkenstein, maison de santé pour les phthisiques installée près de Francfort-sur-le-Mein dans le Taunus. On peut trouver, dans la *Revue manuelle de médecine* (n° de septembre dernier), la traduction par M. Reblaud, interne des hôpitaux, d'un mémoire du Dr Dettweiler, directeur du Falkenstein qui indique très minutieusement en quoi consiste la thérapeutique uniquement hygiénique.

Vivre en plein air presque constamment, en évitant toute fatigue, toute cause de déperdition des forces comme la toux et la transpiration, et s'alimenter de la manière la plus reconstituante, tel est le programme en deux lignes. Mais, pour le remplir, que de détails à surveiller, que de précautions à prendre!

Si nos lecteurs veulent bien se reporter à l'article du Dr Pouzet, ils verront que le traitement hygiénique du Dr Falkenstein a pour éléments principaux:

1° l'aération continue: les malades passent la journée dehors couchés sur des chaises longues, sous des vérandas ou des tentes abris, chaudement vêtus; la nuit, leur fenêtres ne sont jamais complètement closes.

2° L'absence de fatigue: on ne leur permet que des promenades de quelques minutes à divers moments de la journée; on ne les laisse jamais se mettre en transpiration, ou, s'ils s'y sont mis, on les frictionne aussitôt pour éviter les refroidissements.

3° Une alimentation très copieuse et très substantielle: trois solides repas et dans l'intervalle des tasses de lait. Le cognac est donné assez libéralement.

4° On leur enseigne à respirer par le nez, à faire périodiquement un certain nombre de respirations profondes.— On leur apprend à résister au besoin de tousser qui dégénère, si on y cède, en quintes interminables, cause évidente d'épuisement; la toux est restreinte à la seule nécessité d'expectorer le matin et à de rares fois dans la journée. Jamais un phthisique bien éduqué ne doit tousser plus de trois fois pour se débarrasser d'un crachat.

VII

Si nous tirons de cette intéressante organisation les points essentiels applicables à tous nos malades, en dehors même des établissements fermés, nous voyons qu'il faut à un phthisique une vie aussi en plein air que possible.

C'est la raison qui militera toujours pour l'envoi des phthisiques pendant la mauvaise saison sur les plages du Midi, dans un climat non pas chaud, mais tel que *le ciel y soit presque toujours pur, l'air sec et lumineux*. Quand il faudra garder la chambre, les *fenêtres* de la pièce voisine seront *toujours ouvertes* même la nuit, même pendant l'hiver, à la condition que le malade *couche habillé de laine*, et qu'au besoin on fasse du feu de manière que la température ne tombe pas au-dessous de 8°.

L'*exercice actif* sera *modéré* et progressif; la promenade d'abord sur terrain uni, puis sur route plus ou moins inclinée proportionnellement à l'état des

(1) Voir *Concours médical*, 1888, nos 36 et 38.

poumons et du cœur. L'exercice *passif* sera utilisé au besoin sous forme de massage. On fera tout pour augmenter l'appétit et activer la fonction digestive.

Car il faut arriver à une *alimentation intensive* qui n'est possible qu'avec une *digestion correcte*. Or, deux obstacles s'opposent trop souvent à l'alimentation chez les phthisiques.

M. Debove a rendu cet éminent service de montrer que certains malades cessent de manger par suite d'une révolte de leur système nerveux, tandis que leur estomac a conservé presque la capacité digestive normale ; ce qui le prouve, c'est que malgré leur anorexie absolue, malgré les vomissements incoercibles qu'ils ont quand ils essaient de manger seuls, leur estomac garde et digère parfaitement, et leur organisme assimile très bien une quantité considérable d'aliments, pourvu que ceux-ci soient introduits directement dans l'estomac par la sonde.

Mais une catégorie plus nombreuse est celle des phthisiques dont les fonctions digestives sont troublées, l'étaient longtemps avant l'invasion de la tuberculose, les deux tiers des phthisiques ayant une dilatation de l'estomac le plus souvent antérieure à la tuberculisation. Pour ceux-là la recommandation faite par plusieurs médecins de prendre des repas fréquents est-elle bonne? Les quatre à cinq repas quotidiens plus ou moins copieux du Falkenstein sont-ils favorables ? — Nous répugnons à l'admettre.

Trois repas par jour à intervalles réguliers suffiront et vaudront mieux, si les aliments en sont convenablement choisis. Nous devons traiter d'abord dans le phthisique le dyspeptique or, on ne guérit une dyspepsie que par un choix judicieux d'aliments et par une discipline sévère dans la manière de les prendre.

Il faut de la viande avant tout : le tuberculeux doit se faire carnivore, car les carnivores sont plus réfractaires à la tuberculose que les herbivores et les végétariens. 100 à 150 grammes de viande crue, râpée, incorporée à chaud dans du bouillon, constitueront un bon premier repas. Aux deux autres repas, séparés par des intervalles de 4 et 7 heures, conviennent les viandes grillées, rôties ou braisées, froides ou chaudes, les purées de viandes, les poissons bouillis, les œufs, des purées de légumineuses, des pâtes, des farines de froment, avoine, maïs blanc, du riz, du laitage, des crèmes, des fruits cuits en compotes et marmelades. Les boissons seront prises en quantité modérée, 2 verres par repas et ce n'est qu'avec ménagement qu'on usera des alcools, malgré l'engouement de certains phthisiologues.

Si les graisses sont bien digérées, on peut faire prendre l'huile de foie de morue ; cet aliment-médicament que Bennett et M. Grancher préconisent à hautes doses n'est malheureusement applicable qu'à des tubes digestifs vigoureux, qui sont si rares. Mais la glycérine, principe directement assimilable des corps gras, qui ne réclame aucun travail de digestion, rendra toujours de précieux services : 50 grammes par jour mélangés à du vin blanc sont facilement acceptés.

Il ne faut pas craindre de multiplier les recommandations relatives à la mastication méthodique et minutieuse (réparations dentaires souvent indispensables), aux repas pris en société agréable. Les morceaux bien caquetés se digèrent mieux, disait notre grande épistolière.

Car l'influence du système nerveux sur la digestion et la nutrition est capitale. Il faut au phthisique la distraction, la satisfaction morale (hélas ! c'est souvent le plus difficile à procurer), les voyages sans fatigue. — Et c'est ici qu'éclate dans toute sa force l'inégalité sociale devant la maladie : pour guérir, il faut, sinon être riche, du moins vivre pendant quelques mois ou quelques années comme si on l'était. Pour cette raison il faut que le phthisique soit prévenu qu'il doit faire, pour reconquérir la santé, des sacrifices de temps et d'argent — à moins que ce ne soit radicalement impossible. Espérons qu'un temps viendra où des sanatoria pour les phthisiques pauvres dans les mêmes conditions de climat que les stations où nous envoyons les riches ou les personnes capables de sacrifices temporaires, seront assez multipliées pour atténuer l'inégalité sociale dont nous parlions.

Doit-on le dire ? est le titre d'une comédie célèbre. Prise dans un sens moins jovial, pareille question se pose au début de tout traitement de la phthisie. Nulle hésitation sur ce point, suivant nous. Quand on est en présence d'une phthisie au début, c'est un devoir strict de ne pas laisser le malade dans l'illusion et de ne pas entretenir chez lui une sécurité trompeuse. Comme le dit M. Dettweiler, le diagnostic de catarrhe du sommet est un euphémisme dangereux.—La première consultation qu'on donne à un tuberculeux est d'une extrême importance et réclame un tact extrême; il faut que le malade sorte de votre cabinet, sachant qu'il est malade d'une maladie *grave*, mais convaincu qu'il doit en *guérir s'il a la volonté* de se soigner comme on le lui dit.

Pour en revenir aux stimulations du système nerveux capables d'activer la nutrition, outre celles qui s'adressent aux centres nerveux, comme les agréables impressions morales, ou à certains sens comme la radiation lumineuse, il faut toujours recommander celles qui stimulent les expansions périphériques du système nerveux dans les téguments : tout phthisique doit faire ou se faire faire quotidiennement matin et soir des frictions générales sèches ou aromatiques (gant de crin, flanelle imbibée de térébenthine ou d'alcoolat de lavande).

Combien de détails encore comporte la prescription hygiénique !.. Mais on ne peut tout rappeler ici.

VIII

Arrivons au côté médicament, et, comme nous l'avons dit, c'est la créosote qui seule nous semble à l'heure présente avoir fait ses preuves expérimentalement et cliniquement.

L'espace nous manque pour retracer convenablement cette histoire du traitement de la phthisie par la créosote. Esquissons-la en quelques mots. Après une courte vogue en 1830, après sa découverte par Reichenbach, elle avait été si bien enterrée académiquement par Martin Solon et Orfila à la suite d'expériences incomplètes, qu'en 1874, lorsque MM. Bouchard et Gimbert en reprirent l'étude, il n'en existait plus dans aucune pharmacie ; il s'en vendait pourtant beaucoup, comme l'a dit M. Bouchard, pour fumer les jambons de Cincinnati et préserver de la pourriture les traverses des chemins de fer !— Cependant, l'étude expérimentale des propriétés physiologiques et de la toxicité de la créosote pure de hêtre une fois faite, MM. Bouchard et Gimbert passèrent à l'étude clinique ; en 1877 ils publiaient dans la *Gazette hebdomadaire* les résultats vraiment encourageants qu'ils avaient obtenus.

Cette exhumation de la créosote rencontra d'abord une vive opposition ; mais cependant peu à peu des médecins de plus en plus nombreux suivirent l'exemple de MM. Bouchard et Gimbert. Aujour-

d'hui, en France, l'usage de la créosote est assez répandu ; mais on peut reprocher à beaucoup des médecins qui l'emploient de ne pas la manier avec assez de hardiesse et de persévérance ; c'est cependant le seul moyen d'en obtenir les résultats si avantageux qu'ont annoncés MM. Bouchard et Gimbert, que leur pratique si heureuse depuis 1877 a confirmés, et qui ont été obtenus aussi à l'étranger, en Allemagne notamment, par Sommerbrodt, Fraentzel, etc.

Les modes d'administration et les doses de créosote que M. Bouchard emploie sont les suivants.

La *dose quotidienne maximum* est de 3 grammes; une fois seulement, M. Bouchard a poussé jusqu'à 4 gr. 50. *En général*, il donne *0,80 centigrammes par jour* ; il commence au besoin par une dose inférieure (0,60) et n'augmente progressivement, pour atteindre le maximum de 3 grammes, que si la marche rapide des lésions impose une thérapeutique d'une énergie exceptionnelle. Ses doses sont de toute façon énormément plus élevées que celles qui sont prescrites par la plupart des médecins ; mais les procédés d'administration qu'il a adoptés permettent de donner ces doses élevées sans avoir de phénomènes d'intolérance digestive, à part quelques éructations.

Il faut toujours faire prendre la créosote *en même temps que les aliments* solides ou liquides; il faut *fractionner* la dose quotidienne en plusieurs prises, pour tenir constamment l'économie sous l'influence du médicament sans fatiguer le tube digestif.

Pour administrer de petites doses, on peut employer une *solution alcoolisée* suivant la formule :

Créosote	13 gr. 50
Teinture de gentiane.....	20 »
Alcool de Montpellier.....	250 »
Vin de malaga...........	q. s. pour un litre.

Chaque cuillerée à soupe représentant 0,20 de créosote, on en donne deux fois par jour une cuillerée diluée dans un verre d'eau.

M. Tapret emploie : créosote 6 ; rhum et glycérine, ââ 300 gr. ; chaque cuillerée = 0,15 cent. de créosote et peut se prendre dans de la bière.

Pour les doses modérées, la forme de *pilules* ou de *capsules* est préférable. On peut employer comme excipient le baume de Tolu ou le savon amygdalin.

Pour les doses élevées on emploie plutôt les *corps gras*, comme excipient, l'huile de foie de morue ou l'huile de faîne (50 pour 1000). Un malade ingénieux avait trouvé meilleur d'incorporer la créosote dans du beurre.

Dans les cas urgents ou bien quand il y a intolérance des voies digestives, on peut employer l'*injection sous-cutanée* de créosote dissoute dans l'huile d'olive aseptique. Cette injection est très douloureuse si elle n'est pas faite avec une extrême lenteur, de manière à laisser l'huile créosotée s'infiltrer insensiblement dans le tissu cellulaire sous-cutané ; on peut y arriver à la rigueur avec une seringue de Pravaz de dimension cinq fois plus grande que la seringue ordinaire, à condition d'avoir beaucoup de patience et de pousser le piston d'une manière presque insensible. M. Gimbert a fait sienne pour ainsi dire la pratique des injections sous-cutanées; mais, en se servant d'un dispositif spécial simple et ingénieux, il arrive à injecter 20, 30 grammes d'une solution huileuse à 1/15e ; la bosse qui se fait dans le tissu cellulaire s'étend et s'affaisse peu à peu.

Enfin, on peut faire pénétrer dans l'économie la créosote au moyen des *pulvérisations* et des vaporisations, en obligeant le malade à vivre dans une *atmosphère créosotée*. C'est une méthode que M. Tapret a mise en œuvre à l'hôpital Saint-Antoine depuis le mois de novembre 1887 et dont les résultats viennent d'être exposés dans une thèse inaugurale excellente soutenue par le Dr Lesguillon (de Châtellerault) (1). Dans la chambre du malade on fait pulvériser avec un pulvérisateur à vapeur la solution suivante contenant par litre :

Créosote............	10 grammes.
Alcool	200 »
Glycérine	20 »
Eau.................	770 »

On peut porter la créosote à 15 et 20 pour 1000. Mais il ne faut pas dépasser cette dose ; sinon l'atmosphère devient intolérable. La dépense comme quantité totale par 24 heures est de 5 à 10 litres suivant la dimension de la pièce, la continuité ou l'intermittence de la pulvérisation. M. Lesguillon conclut que l'atmosphère créosotée créée par la pulvérisation de la solution à moins de 2 pour 100 est parfaitement supportée par les malades ; si elle détermine par instants un peu d'irritation des voies respiratoires, picotement à la gorge, toux plus fréquente, bronchite légère, cette irritation n'a point d'effets nuisibles. Les avantages de l'atmosphère créosotée seule sont de modifier favorablement et de diminuer l'expectoration; l'état local s'améliore, la toux devient moins fréquente, parfois disparaît, les bacilles diminuent dans les crachats, l'état général s'améliore. Il faut en général continuer longtemps les pulvérisations pour obtenir des modifications heureuses, mais elles peuvent se produire même au 3e degré. Naturellement, les effets sont bien plus rapides quand on associe l'atmosphère créosotée à l'administration de la créosote à l'intérieur ou en injections sous-cutanées.

L'augmentation de poids est, comme on sait, le meilleur indice de l'amélioration des tuberculeux. M. Bouchard a vu jusqu'à 32 kilogr. d'augmentation ; nombre de fois 15 et 20 kilogr., très souvent 3, 5 et 6 kilogr. Chez des malades du 1er et du 2e degré, il a obtenu 20 pour 100 de guérisons apparentes, c'est-à-dire que, longtemps après la disparition des phénomènes généraux de la phthisie et des signes locaux de la tuberculose pulmonaire, les malades ont succombé à des récidives sur le poumon ou à d'autres manifestations tuberculeuses (coxalgie, mal de Pott); il y eut 35 pour 100 d'améliorations, et au total 55 pour 100 des phthisiques ont obtenu des bénéfices du traitement créosoté.

Dans la statistique de M. Tapret, les résultats sont peu divergents : 20 pour 100 de guérisons apparentes, 55 pour 100 d'amélioration, 75 pour 100 de malades ayant bénéficié du traitement. M. Gimbert à Cannes, dans des conditions de climat plus favorables, à vrai dire, a eu de meilleurs résultats encore. Les statistiques de Fraentzel et de Sommerbrodt portant sur plus de 5000 phthisiques traités en 7 ans par la créosote sont aussi très favorables.

En résumé, à l'heure présente, l'alimentation, l'aération et la créosote, voilà, croyons-nous, la triple base du traitement de la phthisie.

P. Le Gendre.

(1) De l'atmosphère créosotée et de la créosote dans le traitement de la phthisie. Paris 1888.

QUESTIONS SCOLAIRES

L'enseignement obstétrical et la Commission du budget.

Nous lisons dans le *Bulletin médical* du 23 septembre courant :

« La commission du budget a repoussé le crédit demandé pour la création d'une deuxième chaire de clinique obstétricale à la Faculté de médecine de Paris ».

Cette nouvelle, annoncée d'ailleurs par plusieurs journaux politiques, ne laisse pas que de surprendre le public médical.

Voilà près de deux ans, que le professeur Pajot, à la veille d'être atteint par la limite d'âge, donna sa démission (*décembre* 1886), de professeur de clinique obstétricale. Au lieu de lui nommer un successeur immédiat, la Faculté de médecine décida de transformer la chaire théorique d'accouchements, occupée actuellement d'une manière si brillante par le professeur Tarnier, en une seconde chaire de clinique obstétricale. De longs pourparlers eurent alors lieu entre la Faculté et l'Assistance publique pour l'installation de cette seconde chaire à la Maternité du boulevard Port-Royal. En juillet dernier le Conseil municipal de Paris consentit à cette installation et l'on pensait que, à la rentrée des cours, cette question recevrait enfin une solution.

Il n'en est rien !

Voilà que la Commission du budget annule tout ce qui a été fait jusqu'à présent par la Faculté et par le Gouvernement ; elle a été aussi mal inspirée cette fois-ci qu'en réduisant, l'année dernière, le traitement des agrégés chargés de cours. Dans la circonstance actuelle elle a le tort de ne pas tenir assez compte d'une proposition émise par un corps aussi compétent que la Faculté. Il est cependant notoire que l'enseignement obstétrical *clinique*, donné par la Faculté, est *insuffisant en raison du nombre des élèves*, quel que soit le talent du professeur. D'autre part, il ne s'agissait pas de la création d'une chaire nouvelle, mais bien de la transformation d'une chaire ancienne, transformation qui n'aurait coûté que quelques milliers de francs de plus par an.

Dans son désir légitime de faire des économies sur le budget de l'Instruction publique déjà si grevé, la Commission s'est trompée : il y aurait avant celle-là nombre d'autres économies à réaliser à la Faculté de Médecine de Paris, sans que les étudiants aient à s'en plaindre actuellement, ni plus tard leurs clients.

Il est à espérer qu'il se trouvera bien à la Chambre quelque confrère qui, se rappelant combien était mince son bagage obstétrical en sortant de la Faculté, tentera de faire rétablir un crédit vraiment utile et nécessaire, bien que peu considérable.

D'ailleurs, nous payons assez cher nos droits d'inscription et d'examens pour que la Faculté nous mette en mesure de savoir faire un accouchement, même aux débuts de notre carrière médicale.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Obligations des médecins relativement aux déclarations de naissance.

Ce travail est dû à M. Grillon, Conseil judiciaire du syndicat de la Haute-Saône.

Messieurs,

A votre réunion du 31 juillet dernier, l'honorable docteur Spindler m'a chargé d'examiner, au point de vue juridique et pénal, les limites ou l'étendue des obligations du médecin relativement aux déclarations de naissance.

Je m'empresse de soumettre à votre appréciation le résultat de mes recherches et l'expression de mon avis.

A première vue, j'ai été amené à penser que cette question était du domaine exclusivement médical ; que seul l'homme de l'art présent à un accouchement avait qualité et compétence pour la résoudre, et que les tribunaux ne pouvaient intervenir que dans le cas d'une omission tellement patente ou avérée, qu'il n'y avait pas de place pour l'erreur ou le doute.

Mais, en poursuivant mes recherches, j'ai pu trouver quelques données de jurisprudence pénale qu'il m'a paru utile de vous faire connaître. Aussi, revenant sur ma première impression, je me crois en état de vous fournir certaines notions de doctrine et d'application qui — dans une faible mesure, je le reconnais — vous guideront et faciliteront votre tâche.

Pour bien préciser l'hypothèse, il faut tout d'abord recourir aux textes. Ce sont le Code civil et le Code pénal qui vous les fournissent.

L'article 56 du Code civil est ainsi conçu : « La « naissance de l'enfant sera déclarée par le père « ou, à défaut du père, par les docteurs en méde- « cine, en chirurgie, sages-femmes ou autres per- « sonnes qui auront assisté à l'accouchement. »

Il est complété par l'article 436 du Code pénal, qui punit d'emprisonnement ou d'amende toute personne qui, ayant assisté à un accouchement, n'aura pas fait, dans les trois jours, la déclaration prescrite par l'article 56 du Code civil.

Evidemment, cette pénalité est applicable aux médecins.

Mais il faut remarquer que l'obligation de déclaration incombe d'abord au père — et qu'elle n'est à la charge du médecin que si le père n'est pas présent à l'accouchement, ou s'il est dans l'incapacité absolue de remplir le devoir que la loi lui impose.

Lors donc que le père a été présent — et à moins d'une impossibilité insurmontable immédiatement constatée, — c'est à lui seul que se réfère l'obligation écrite dans l'article 56 du Code civil. Le médecin n'a point à s'en préoccuper, car sa présence en exonère toutes autres personnes présentes à l'accouchement.

C'est aussi lui seul qui serait punissable par les tribunaux correctionnels, en cas d'infraction.

Mais dans les cas où les médecins sont astreints à la déclaration, quelle est la limite de leurs devoirs? Telle est la question à résoudre.

J'ai cité les textes à dessein, car il s'agit d'une pénalité qui ne peut être étendue arbitrairement et hors les cas prévus. Or, leur lecture nous révèle que le législateur a employé le mot *naissance de l'enfant*.

C'est donc d'un enfant qu'il s'agit, c'est-à-dire de l'arrivée au monde d'un être humain présentant toutes les apparences d'un corps organisé et susceptible de vivre.

Par conséquent, tout ce qui serait le produit d'un avortement, d'une fausse couche, d'un accouchement prématuré — tout ce qui se présenterait sous les formes de môle ou fœtus informe — doit être écarté. Il ne s'agit point de naissance d'un enfant : donc aucune déclaration n'est obligatoire.

Il est vrai que, dans le droit canonique, cette

doctrine est combattue, et que l'Eglise enseigne que le baptême doit être donné à tout embryon sorti du sein de la mère, même à celui qui vient au monde dès les premiers temps de la grossesse.

Ce sont des théories que je n'ai pas mission de discuter. Je ne puis perdre de vue que je raisonne exclusivement en matière d'obligation prescrite à peine de pénalité, et que je ne puis par conséquent m'affranchir du texte, essentiellement limité, qui punit d'emprisonnement ou d'amende l'omission de déclaration, mais dans le cas seul où *un enfant* est né.

Et, comme sanction de cette pénalité, et aussi comme justification de cet argument de texte, j'invoque l'obligation de déclarer l'enfant mort-né. J'y trouve la preuve que cette prescription s'applique à l'être conformé pour vivre, mais qui, pour une cause quelconque, n'a cependant pas vécu de la vie extra-utérine. C'est néanmoins un enfant qui a été mis au monde.

D'autre part, la jurisprudence décide que si l'objet ou la chose sortis du sein de la mère ne révèlent point les conditions organiques nécessaires à l'existence, il n'y a point d'obligation de déclaration. Les arrêts indiquent même comme limite l'accouchement antérieur à un minimum de six mois de gestation.

Le motif en est qu'on ne peut donner au sujet mis au monde la qualification d'enfant — qu'il ne se trouve pas dans les conditions essentielles pour la vitalité — que, dans tous les cas, ce n'est pas un être existant susceptible d'avoir dans la suite un état civil dont l'acte de naissance est la base et l'élément fondamental.

Ce délai de six mois indiqué dans les arrêts des Cours de cassation ou d'appel est en corrélation avec les principes du droit civil. Mais peut-il être une règle absolue pour le médecin ? C'est peut-être bien strict, et il semble qu'il vaudrait mieux ne point le limiter d'une façon si précise. Voilà pourquoi je vous disais, au début de cette modeste étude, que le médecin doit être, en pareil cas, un appréciateur souverain des circonstances.

L'enfant mis au monde présente-t-il les apparences d'un être humain, ses formes extérieures ? Révèle-t-il, à l'examen, les conditions organiques nécessaires à son existence ? Son sexe est-il reconnaissable, etc... ?

Si oui, l'obligation de déclaration s'imposera au père ; à défaut, au médecin ou à la sage-femme.

Mais, si l'examen minutieux de l'homme de l'art assistant à l'accouchement ne révèle pas cette conformation d'être humain que seul le mot *enfant* détermine et délimite, sa conscience lui dicte la règle à suivre. Dans le doute, il s'abstiendra sans crainte d'une poursuite, qui n'aurait d'autre issue qu'un acquittement nécessaire au bon fonctionnement et au respect de la justice.

J'ai cherché à rapprocher cette question de naissance d'autres solutions, sinon identiques, du moins permettant des comparaisons. Car notre législation entoure l'enfant de sa vigilante protection dès le jour de la conception. L'avortement est puni sévèrement ; la suppression, la supposition, l'exposition d'un enfant sont, selon le danger qui l'a menacé, frappées de peines diverses, suffisantes pour réprimer le délit ou le crime, et en même temps distinctes de l'infanticide ou mise à mort volontaire du nouveau-né. Sa naissance est officiellement constatée ; ses droits sont consacrés dès son entrée dans la vie.

Je vous ai parlé de l'avortement ou des accouchements prématurés. Inutile d'y revenir.

Les questions de suppression d'enfant ou d'état offrent peu d'analogie, car elles nécessitent non seulement la viabilité du sujet, mais la constatation qu'il a vécu.

Seule, la matière de l'infanticide permet certains rapprochements. Un seul sera l'objet plus spécial de mes préoccupations.

En effet, pour qu'il y ait infanticide, c'est-à-dire mise à mort volontaire d'un enfant nouveau-né, il faut qu'il y ait naissance d'un enfant. C'est toujours la même thèse, les mêmes définitions, les mêmes circonstances extérieures de conformation et d'organisation.

Mais le point intéressant est celui-ci. L'homicide implique la destruction d'une vie humaine, c'est-à-dire de la vie de tout être né de la femme. S'il s'agit d'un nouveau-né, cet homicide est qualifié infanticide.

Or, il s'agit d'un monstre, c'est-à-dire d'un corps vivant qui, bien que né de la femme, ne présente que des formes bizarres, n'a que l'apparence partielle de l'enfant avec des modifications tenant de la bête, ou même avec des contrefaçons d'organes telles que le fonctionnement ordinaire paraisse impossible ou anormal.

Il va de soi que, si la suppression de cet être nouveau-né constitue un infanticide, l'omission de déclaration de sa naissance deviendra un délit punissable.

La question est intéressante.

Dans le droit romain, on ne considérait pas comme des hommes les monstres, bien qu'issus d'une femme, lorsqu'ils ne présentaient que des formes bizarres : la destruction de ces êtres ne pouvait, par suite, être qualifiée infanticide lorsqu'elle avait lieu au moment de leur naissance. Bien plus, elle était licite et même ordonnée.

Plus tard, on distingua deux espèces de monstres ; ceux qui tenaient de la bête autant que de l'homme, et ceux qui n'étaient que contrefaits. Les premiers pouvaient être mis à mort au moment de leur naissance, mais non les seconds.

Aujourd'hui, et alors surtout que l'existence de monstres humains est admise par un grand nombre d'auteurs au point de vue des droits civils et de famille, ces distinctions ont disparu. Toute créature, par cela seul que la femme lui a donné naissance, doit être considérée, quelque difforme ou monstrueuse qu'elle puisse être, comme ayant une vie humaine. Sa destruction est dès lors un *homicide* ou un infanticide, suivant l'époque de l'attentat commis contre sa vie.

Si j'applique cette doctrine à la déclaration de naissance, j'en conclus logiquement que cette formalité est obligatoire et que son omission expose les personnes responsables à la pénalité de l'article 436 du Code pénal.

Telle est, Messieurs, la réponse que je puis fournir à la question qui m'a été proposée par votre honorable confrère. Je m'estimerai toujours heureux si le résultat de mes recherches en matière médico-légale peut vous être utile.

E. Grillon.

Vesoul, 27 juillet 1888.

P. S. — J'avais terminé ce travail lorsque j'appris qu'à la Faculté de Médecine de Paris, M. le docteur Brouardel, avait récemment traité le même sujet.

L'éminent professeur paraît s'être adressé surtout aux médecins des très grandes villes et aux habitants de Paris.

Il prend le même point de départ que moi. L'obligation ne naît pour le médecin qu'à défaut de déclaration faite par le père. Mais il examine deux hypothèses :

1° Il se préoccupe de la femme non mariée et de la possibilité par le médecin de sauver son honneur en lui promettant le secret. J'ai traité cette délicate question, l'année dernière, au point de vue du secret professionnel. Je n'ai point à y revenir.

2° Il peut, dit-il, arriver que le médecin estime que le père et la mère sont mariés, alors qu'ils ne le sont pas. Le médecin ne pouvant, en pareil cas, s'affranchir de la pénalité en dénonçant le père qui ne s'est pas conformé à l'article 56 du Code civil, puisque la recherche de la paternité est interdite, il engage le médecin à vérifier, à la mairie, si la déclaration a été faite. Le conseil est assurément très sage, et le médecin, en le suivant, agira prudemment. Mais je n'en estime pas moins qu'en pareille matière la bonne foi du médecin qui se serait abstenu, confiant dans la présence du père assistant à l'accouchement, le sauverait d'une condamnation pénale.

Puis il examine d'autres cas qui ne me paraissent pas avoir un rapport direct avec la matière que je traite, car il ressort des faits signalés à ses auditeurs que le médecin n'assistait pas à l'accouchement. L'art. 358 n'est pas applicable.

Je suis heureux d'être d'accord avec le savant docteur sur la nécessité de la déclaration des enfants mort-nés.

Mais je ne puis approuver l'arrêté pris, en 1882, par le préfet de la Seine, aujourd'hui Président du Conseil des ministres, aux termes duquel tous les fœtus et embryons devront être déclarés, pourvu qu'ils aient six semaines.

De pareilles prescriptions érigées en règlements pour l'observation desquels une pénalité est applicable, me paraissent absolument incompatibles avec l'équité et les textes de nos Codes.

Je préfère les décisions de justice aux circulaires, et je ne puis que maintenir les appréciations de droit et de fait que je vous ai soumises.

E. Grillon.

REVUE DE CHIRURGIE

I. *Corps étrangers du pharynx.* — II. *Traitement des fistules à l'anus par l'incision et la suture immédiate.* — III. *Traitement des luxations anciennes du coude.* — IV. *Cancer du sein et ganglions axillaires.*

Corps étrangers du pharynx.

Les femmes ont souvent la mauvaise habitude de mettre des épingles entre leurs lèvres et s'exposent ainsi à ce que ces corps étrangers pénètrent dans le tube digestif ou dans les voies aériennes. C'est ce dernier accident qui est arrivé à une jeune malade observée (1) par le Dr Berger : cette jeune femme avait à la bouche une petite épingle d'acier à tête de verre, dont elle tenait la tête entre ses lèvres, quand elle partit d'un éclat de rire ; elle fut prise aussitôt d'un accès de suffocation, en même temps qu'elle ressentait une vive piqûre qu'elle rapportait à la partie droite du cou, à peu près au niveau de la grande corne de l'os hyoïde. L'épingle avait disparu, entraînée par le courant d'air inspiré au moment où la jeune malade desserrait les lèvres pour rire. A l'aide du doigt profondément introduit, M. Berger put reconnaître la présence et la situation du corps étranger et l'extraire avec des pinces.

(1) *France médicale*, 8 septembre 1888.

M. Berger a eu ainsi plusieurs fois l'occasion d'extraire par les voies naturelles des corps étrangers tombés dans la partie inférieure du pharynx, en touchant l'entrée du larynx, en se guidant uniquement sur l'exploration digitale pour reconnaître la situation de ces corps et pour les saisir. Ce moyen élémentaire d'exploration et d'extraction est à la portée des médecins auxquels l'emploi du laryngoscope n'est pas familier : pratiqué avec patience, attention et douceur, il peut rendre d'utiles services dans les cas pressants. Voici comment M. Berger conseille d'agir pour introduire profondément le doigt dans le pharynx et surtout dans le vestibule du larynx: il faut, après avoir fait, sur tout l'isthme du gosier, des badigeonnages répétés avec une solution de cocaïne, introduire l'index de la main gauche par le côté droit de la bouche du malade, de manière que le doigt glisse sur le sillon qui sépare la base de la langue de l'amygdale et des piliers du voile du palais, et que la commissure labiale droite soit fortement déprimée par l'espace interdigital de l'index et du médius. Evitant de toucher la base de la langue et la luette, la pulpe de l'index, introduite de la sorte dans le pharynx, sent et reconnaît parfaitement la grande corne de l'os hyoïde, et, se rapprochant de la ligne médiane, atteint le bord de l'épiglotte qu'il est facile de faire basculer en avant. Il est alors très facile d'introduire l'extrémité du doigt dans le vestibule du larynx.

Ce mode d'exploration n'est pas seulement applicable à la recherche et à l'extraction des corps étrangers, mais à l'examen des produits pathologiques qui peuvent exister en cette région, notamment des épithéliomas dont on peut de la sorte très bien apprécier l'étendue et les connexions.

De la cure rapide de la fistule à l'anus (1).

A mesure que l'antisepsie diminue les dangers des complications des plaies, on tend à abandonner peu à peu dans le traitement des fistules à l'anus les procédés non sanglants, tels que l'écraseur linéaire, l'écraseur de Chassaignac, la ligature élastique, le thermo-cautère, etc. On revient à la méthode la plus simple, à l'incision au bistouri, et, après avoir détruit le trajet fistuleux, on essaie de reconstituer l'anus par la suture et la réunion immédiate.

Après avoir été essayée en 1852 par Chassaignac, la réunion par première intention des fistules à l'anus fut adoptée en Amérique, puis en Russie, en Italie, et enfin par un certain nombre de chirurgiens français (Terrier, Brun, Bazy, Ch. Nélaton, etc.). Cette question fit, l'année dernière, le sujet d'une

(1) *France médicale*, 15 septembre 1888.

thèse intéressante par le Dr Longo, et, quelque temps après, M. Quénu présenta à la Société de chirurgie un travail non moins intéressant sur la même question. De la discussion qui eut lieu, il semble résulter que la réunion par première intention ne doit être cherchée que dans les cas où la fistule est simple, ne remonte pas très haut ; il faut se tenir prêt à enlever très rapidement les points de suture si quelques phénomènes fébriles apparaissaient, si quelques douleurs de rétention purulente survenaient au niveau de la région opérée. D'après Longo, ne sont pas justiciables du procédé les fistules entourées, dans un large rayon, de tissus pathologiques et quelques fistules coïncidant avec des hémorrhoïdes.

Depuis ces travaux, les observations relatant un succès absolu ne se sont pas multipliées ; cependant le Dr Verchère, à qui nous empruntons ces détails, vient d'en relater une où il guérit le malade en huit jours ; il insiste avec raison sur ce fait que, pour obtenir un tel succès, il faut exagérer les précautions antiseptiques.

Pendant les trois jours qui précèdent l'opération, on fait prendre chaque matin une purgation légère, 2 verres d'une eau purgative ; puis on fait, matin et soir, un lavage du rectum avec une solution saturée d'acide borique. Après chaque garde-robe, on fait un même lavage. Dans l'intervalle des garde-robes le malade maintient en permanence une mèche de gaze iodoformée dans l'anus et une compresse trempée dans une solution à 1/1000 de sublimé. Le malade prend un bain le matin de l'opération. Après avoir dilaté l'anus, on le maintient largement béant avec un écarteur ; puis on procède à la dissection du ou des trajets fistuleux. Lorsque cette dissection est impossible, on fait un raclage minutieux des trajets avec la curette tranchante. Pour éviter une inondation fécale, on peut introduire, avant toute incision, un fort tampon de gaze iodoformée fermant exactement la lumière du rectum au niveau de l'extrémité profonde de l'écarteur.

Les sutures sont faites suivant deux plans : un plan muqueux, refermant la paroi postérieure du rectum, un plan cutané perpendiculaire au premier. On fait les sutures soit avec du catgut, soit avec du crin de Florence (suture à points séparés).

La suture faite, on effectue un lavage avec du sublimé, puis on retire le tampon rectal souillé et on le remplace par un tampon de gaze iodoformée propre, dans lequel passe une sonde de caoutchouc rouge qui permet aux gaz de sortir sans inoculer la plaie. Puis on introduit une mèche iodoformée enduite de pommade boriquée ; on recouvre le tout de gaze iodoformée, ou mieux d'ouate hydrophile trempée dans une solution de sublimé. Un bandage en T maintient le pansement. Le malade est couché sur le dos, les jambes légèrement fléchies et rapprochées.

La température doit rester normale.

Comme régime, on donne au malade de la viande saignante, ou crue, peu d'aliments, peu de liquides. On prescrit des pilules d'extrait thébaïque, de 0,05 à 0,10 centigr. par jour. — On peut également donner les cachets de naphtol, comme le recommande le professeur Bouchard pour la désinfection intestinale, ou la préparation suivante que recommande Longo :

Iodoforme..........	2 grammes.
Coumarine..........	0,50 centigr.
Extrait d'absinthe....	Q. S.

F. S. A. 36 pilules, 4 par jour.

Les premières garde-robes sont facilitées soit avec une légère purgation, eau de Pullna, de Rubinat, et des lavements auxquels on ajoute une cuillerée d'huile d'olive, ou de glycérine ou avec une solution de chloral au centième (Longo).

Si avant la réunion le sujet allait à la garde-robe, il faudrait aussitôt pratiquer un lavage au sublimé (solution au 1/1000) et renouveler le pansement en appliquant un nouveau tampon rectal pour remplacer celui qui aura presque toujours été chassé par les matières fécales.

En résumé, excellente méthode pour qui veut s'astreindre aux règles de l'antisepsie : si le chirurgien surveille attentivement son malade, s'il est rapidement résolu à ne pas poursuivre la réunion par première intention lorsque survient une complication (suppuration, rétention de pus), cette méthode ne présente en cas d'insuccès d'autre danger que celui de ramener le patient dans les conditions où il aurait été si on l'avait traité immédiatement par l'incision simple sans suture (Verchère).

Des indications opératoires dans les luxations anciennes du coude (1).

« En présence d'une luxation ancienne, dit notre ami Nodot au début de son excellente thèse, il n'est pas un chirurgien qui ne se trouve embarrassé sur le choix de l'intervention et anxieux sur le résultat qu'il en obtiendra. Samuel Gross confesse de bonne foi que jamais il ne s'est chargé d'une luxation ancienne sans souhaiter vivement dans son for intérieur qu'elle fût tombée en d'autres mains, tant il a toujours éprouvé de désappointement et d'anxiété dans l'attente du résultat. » C'est pour mettre au point cette question de thérapeutique chirurgicale que Nodot présente une étude d'ensemble des différents moyens dont on dispose aujourd'hui pour l'intervention dans les luxations anciennes du coude, et en particulier dans les luxations en arrière.

Il y a des luxations anciennes qu'il faut savoir respecter, surtout chez les enfants où, grâce à l'assouplissement progressif de la jointure, le membre devient presque aussi utile, luxé que réduit. Chez les jeunes enfants on ne doit jamais se presser d'opérer : on a toujours le loisir d'intervenir plus tard, si les mouvements sont trop limités et le membre en position vicieuse.

Il n'en est plus de même chez l'adulte ; ici les os luxés sont près du terme de leur croissance ; on ne doit plus compter sur l'adaptation des extrémités osseuses, sur l'assouplissement de la jointure, en un mot sur une néarthose perfectionnée. C'est dans ces cas que l'intervention opératoire sera indiquée.

La réduction par les méthodes de force, tout rationnels que sont les procédés employés actuellement, donne des résultats qui sont loin d'être satisfai-

(1) Th. Nodot, Paris 1888.

sants. On réduit, il est vrai, la luxation, mais l'avenir des mouvements du membre n'en reste pas moins fort compromis, en raison des désordres multiples des luxations invétérées, et contre lesquels la réduction ne peut rien.

L'arrachement du cartilage olécrânien, la fracture ou section de l'olécrâne est une bonne opération surtout chez les enfants. A la suite de cette flexion forcée, l'articulation recouvre chez eux une amplitude de mouvements presque normale. Chez l'adulte, c'est également une bonne opération, si l'on veut se contenter de transformer une ankylose rectiligne en ankylose angulaire. La ténotomie sous-cutanée, toujours plus périlleuse dans la région du coude qu'à l'épaule, restera le plus souvent inutile, à cause des obstacles nombreux que ne peut atteindre le ténotome.

Si l'on veut rendre au malade un membre vraiment utile, il faut avoir recours à l'intervention sanglante, *arthrotomie* ou *résection*. On doit commencer toujours par l'arthrotomie, et n'avoir recours à la résection que si la réintégration des os luxés est impossible : l'arthrotomie doit être l'opération de choix, puisque c'est le rétablissement de l'articulation à son état normal.

Souvent la résection reste la seule opération possible : on doit alors faire la résection humérale de préférence à la résection totale. La résection humérale donne un résultat plus rapide, une reconstitution de l'articulation sur son type physiologique, plus parfaite ; la conservation des épiphyses radio-cubitales met à l'abri d'un raccourcissement du membre chez les enfants. On doit alors enlever une hauteur d'os suffisante pour n'avoir pas à craindre une réankylose, et n'être pas obligé de faire une résection itérative : on aura recours à la résection totale, s'il y a déformation des extrémités radio-cubitales supérieures et ankylose de leur articulation.

L'ostéotomie linéaire n'est qu'une opération palliative destinée à mettre le membre en ankylose à angle droit.

Enfin il est une opération, l'ostéotomie trochléiforme, pratiquée par Defontaine (du Creuzot), qui a donné un excellent résultat et mérite d'être prise en considération : elle consiste à tailler un cylindre transversal convexe, emboîté dans un cylindre concave correspondant, c'est-à-dire de tailler en plein os une articulation du genre trochlée, puis de mobiliser dès les premiers jours cette articulation, afin de lui conserver des mouvements actifs.

(*A suivre*.)

BULLETIN DES SYNDICATS
ET DE
L'UNION DES SYNDICATS

DIRECTEUR : Dr BARAT-DULAURIER

Syndicat d'Aisne et Vesle.

6e *année*. — 25e *séance*.

L'an mil huit cent quatre-vingt-huit, le 28 août, le Syndicat s'est réuni à Fismes, hôtel de la Gare.

Après un déjeuner confraternel, la séance a été ouverte à deux heures par M. Ancelet, président.

Etaient présents ou représentés : MM. Ancelet, président ; Bracon, vice-président ; Lécuyer, secrétaire ; Woimant ; Gaillart ; Deligny ; Faille ; Henrionnet ; Loysel ; Combes ; Dulieu, Delaporte ; Pichancourt ; Godart ; Vendrand ; Manichon ; M. Cézilly, président d'honneur, obligé par promesse d'assister à la Fédération médicale belge, s'est excusé par lettre de ne pouvoir assister à la séance.

I

Présentation de candidats. Le président présente à la réunion les Drs Vendrand (de Villers-Cotterets), et Loysel (de Vic-sur-Aisne) qui désirent faire partie du syndicat.

Admis à l'unanimité avec les meilleurs souhaits de cordiale bienvenue.

Il présente également le Dr Combes (de Braisme), successeur du Dr de Chateaubourg, maintenant établi à Alfortville (Seine), qui continue à faire partie du Syndicat ; mais, d'après l'article 6 du règlement, notre jeune confrère ne peut faire partie du Syndicat que lorsqu'il aura exercé dans la localité depuis six mois. La nomination est donc ajournée; mais, en attendant, le président demande qu'il soit convoqué aux séances. (Adhésion.)

Le secrétaire est chargé en outre de présenter ces confrères comme membres du Concours médical.

II

Correspondance. Le secrétaire, après la lecture du procès-verbal, qui a été adopté, constate que le Syndicat non seulement prospère de plus en plus « *au milieu du marasme et du désarroi universel* », suivant l'énergique expression de notre collègue Dupuy, député de l'Aisne, qui n'a pu assister à notre réunion, mais qu'il est maintenant très avantageusement connu et reçoit des publications intéressantes.

Son dernier travail sur l'Assistance publique dans les campagnes lui a valu :

1° *Bulletin médical des Vosges*, envoyé par le Dr Lardier, président du syndicat des Vosges.

2° Le *Poitou médical*, envoyé par le Dr Auché, président du Syndicat de la Vienne, et mon ami.

3° Les *Ambulances communales*, envoyé par l'auteur, le Dr Bertherand, d'Alger.

4° *Proposition de loi portant création d'hôpitaux et hospices cantonaux*, envoyé par mon ami le Dr Treille, député d'Alger.

Ces publications seront déposées aux archives, et le secrétaire est chargé de faire l'échange des publications du Syndicat.

III

Caisse d'assurances-maladies. Le secrétaire expose que la caisse est riche de 672 fr. depuis 9 mois d'existence. Nous pouvons donc adresser nos félicitations, et rendre hommage à notre président qui en est le promoteur, en constatant avec plaisir que si l'un de nous tombe malade, il sera secouru; et cela sans avoir besoin de tendre la main, simplement en vertu de son droit. Nous devons donc être fiers d'être la première société de ce genre existant en France.

IV

Association générale. M. Bracou expose qu'un certain nombre de membres du Syndicat font

partie de la société locale de l'arrondissement de Soissons ; que c'est surtout de ce côté qu'arrivent les nouvelles adhésions ; que quelques-uns de nos collègues ne font encore partie d'aucune société locale ; que quelques autres font partie d'une autre société, il croit donc devoir émettre le vœu de voir tous les membres du Syndicat s'inscrire à l'association de Soissons.

Cette proposition est admise à l'unanimité et cela fait voir que les Syndicats (ce qui n'est du reste plus à démontrer) ne sont pas les ennemis, au contraire, de l'Association générale.

Le président charge le Dr Woimant (de Soissons) de présenter les candidatures de M. Lécuyer, qui démissionnera à l'Association de Laon ; et de MM. Deligny, Faille, Henrionnet, Loysel et Combes qui ne font encore partie d'aucune association.

V

Déontologie médicale. M. Faille (de Fismes) expose que le vote de blâme contre le Dr D... émis à la séance du 1er mai lui paraît bien platonique. Ce qu'il faudrait, à son sens, pour ces médecins à qui tous les moyens sont bons pour arriver à leur but, ce serait refuser tout concours médical, toute consultation avec eux ;

Que M. D... non seulement s'est fait donner par ses intrigues la place qui revenait de droit au professeur suppléant L... comme chargé de cours pour l'année, en remplacement du titulaire décédé, mais que dernièrement, à la stupéfaction générale, un concours a été annoncé pour un emploi de professeur suppléant, alors que M. L..., qui avait bien envoyé sa démission au directeur de l'école, démission refusée à l'unanimité des professeurs et non transmise, était encore *en droit* professeur suppléant ;

Que cette iniquité inspire au rédacteur de l'*Union médicale du Nord-Est* les réflexions suivantes, qu'on ne saurait trop approuver :

« On marche de surprise en surprise dans cette affaire étrange, où des présentations de candidats qui ne sont pas faites réussissent ; où des protestations qui sont faites n'arrivent pas à destination, et où des démissions qui ne sont pas envoyées arrivent toutes seules. C'est (comme chez Nicolet) de plus fort en plus fort ; il ne manquerait plus vraiment qu'une chose à ce concours maintenant annoncé, c'est que l'un des candidats fût exempté de comparaître par une nomination avant l'épreuve. »

Que tout le corps médical et en particulier le Syndicat qui a des rapports journaliers avec les médecins de R... doit se raidir contre cette suite d'abus d'autorité ;

Qu'il doit faire acte de solidarité, se sentant profondément atteint par ces manœuvres de faiseurs, ayant du talent ou non, peu importe ; que dans le cas particulier, le Dr D... par sa position de fortune et ses connaissances variées était absolument sûr d'arriver avec le temps ;

Qu'il a préféré jouer de suite au Dr Fontanarose connu « *dans l'Univers et dans mille autres lieux* » (air connu) avant même de s'établir et d'avoir produit quoi que ce soit ;

Que son désir d'arriver vite, même en passant sur le corps d'un confrère des plus méritants et avec lequel il était très lié, dénote une absence de sens moral qu'on ne saurait trop flétrir ;

Par tous ces motifs, il propose la motion suivante :
Le syndicat d'Aisne et de Vesle,
Délibère :

Aucune consultation, aucun rapport médical n'aura plus lieu avec le Dr D... ;

La présente délibération sera envoyée à l'Union médicale de R.. pour y être insérée.

Cette motion est adoptée à l'unanimité, moins deux voix, celles de MM. Deligny et Séchancourt qui s'abstiennent pour des raisons personnelles d'amitié.

VI

Agent commun de recouvrements.

Le secrétaire a la parole :

« Mes chers confrères, je propose la mise à l'ordre du jour de la première séance la question d'un agent de recouvrements pour le syndicat.

Je ne vous apprendrai rien en vous disant que les rentrées se font mal depuis quelques années, et que beaucoup de clients jouent, au détriment du médecin, de la crise agricole, en virtuoses consommés.

Nous avons pourtant l'exemple des médecins de Reims qui ont un agent commun depuis longtemps pour leurs recouvrements et qui s'en trouvent très bien.

A ce sujet, vous me permettrez une petite digression littéraire, mais qui rentre cependant indirectement dans mon sujet.

Vous vous rappelez sans doute que je vous racontai une de ces années dernières que Rabelais parlait syndicat (faisant en cela concurrence à l'inventeur des syndicats médicaux, l'excellent Dr Margueritte, du Havre). Eh bien ! il parle aussi honoraires, et voici dans quelles circonstances.

Panurge va consulter Rondibilis (vulgô Guillaume Rondelet), élève en même temps que Rabelais à la faculté de Montpellier, pour « sçavoir s'il devait soy marier ».

Cette consultation est tout simplement superbe, et avec votre permission, je vais l'analyser brièvement.

Rondibilis trouve : « que la concupiscence charnelle est réprimée par cinq moyens : 1° par le vin prins intempéramment. — Je le crois, dit frère Jan des Entommeures, quand je suis bien yvre, je ne demande qu'à dormir. De faict vous voyez painct Bacchus, dieu des yvroignes, sans barbe et en habit de femme, comme tout effœminé, comme eunuche et escouillé. Autrement du vin prins tempéramment : l'antique proverbe dit que Vénus se morfond dans la compagnie de Cérès et de Bacchus. 2° Par certaines drogues et plantes, lesquelles rendent l'homme refroidy, maléficié et impotent à génération. Nous en avons aussi qui eschauffent, excitent et habilitent l'homme à l'acte vénérien. Je n'en ay besoin, dist Panurge.

3° *par labeur assidu*, ce que nous appellerions aujourd'hui surmenage corporel. « Ainsi est dicte Diane chaste, laquelle continuellement travaille à la chasse. Ainsi quelques peuples en Scythie lesquels plus estaient impotens qu'eunuches à l'esbattement vénérien parce que continuellement ils estaient à cheval et au travail. — Et qui housterait Oysiveté de ce monde, bien toust periroient les arcs de Cupido, son arc, sa trousse et ses flèches luy seroient en charge inutile ; jamais n'en périroit personne.

4° *par fervente estude* (aujourd'hui surmenage intellectuel) : « En tout personnage studieux, vous voirez suspendues toutes les facultés naturelles, cesser tous sens extérieurs. Ainsi est vierge dicte Pallas, déesse de Sapience, tutrice des gens studieux, ainsi sont les muses vierges.

5° *par l'acte vénérien*. C'est ce que frère Jean appelle macération de la chair, et il cite bravement l'ermite de Saincte Radégonde qui « ne pouvait dompter cette paillarde sensualité, déprimer la rebellion de la chair que le feisant vingt et cinq ou trente foys par jour ! »

La conclusion de Rondibilis est : « Je voy Panurge bien proportionné en ses membres, bien tempéré en ses humeurs, bien complexionné en ses espritz, en aâge compétent, en temps opportun, en vouloir équitable de soy marier. »

Je ne vous parlerai pas du reste de la consultation de Panurge demandant s'il serait coqu et de la curieuse dissertation sur ce thème que tout homme marié est en dangier d'être coqu ; coquage étant naturellement des appannages du mariage. » Les trois mots : Il est marié, pour Rondibilis veulent dire : Il est doncques, ou a esté, ou sera, ou peut être coqu.

Toujours est-il que Panurge fut très content, et avec raison de la consultation.

« Puys, s'approchant de luy, il lui mist en main sans mot dire *quatre nobles à la rose*, pièces d'or très fin frappées par Edouard d'Angleterre et qui portaient d'un côté la figure d'un navire et de l'autre celle d'une rose, armes des maisons d'York et Lancastre. Rondibilis les print très bien, et lui dit : Grand mercy. *Des meschantes gens jamais je ne prens rien. Rien jamais des gens de bien je ne refuse*. Je suys toujours à votre commandement. — En payant, dist Panurge. — Cela s'entend, répondit Rondibilis. »

Nous voyons dans cela la reconnaissance du client (qui n'existe plus guère) : les quatre nobles à la rose étaient des honoraires royaux.

Nous voyons également la manière de faire du corps médical dès cette époque : ne rien demander aux *meschantes gens*, c'est-à-dire aux misérables, et demander des honoraires exclusivement *aux gens de bien*, c'est-à-dire à ceux qui peuvent payer.

Comme en ce moment, le principe *honora medicum*, c'est-à-dire paie tes honoraires au médecin (traduction libre), n'est guère observé, je propose, au syndicat d'étudier la question de recouvrements ce qui nous permettrait de toucher régulièrement les sommes qui nous sont légitimement dues et péniblement gagnées. » (Applaudissements.)

L'assemblée décide que la question sera mise à l'ordre du jour.

VII

Renouvellement du bureau.

Président : Dr Ancelet, Vailly.
Vice-président : Dr Bracon, Vailly.
Secrétaire général trésorier ; Dr H. Lécuyer, Beaurieux.
Assesseurs : Dr Gaillard, Startenne ; Dr Woimant, Soissons.

MM. Ancelet et Lécuyer sont chargés de représenter le syndicat à la séance de l'Union des syndicats à Paris, mais tous les membres sont invités à y assister ainsi qu'à la séance de l'assemblée général des membres du *Concours médical* qui a lieu le même jour.

Le secrétaire propose que la prochaine séance ait lieu le 30 octobre à Soissons. (Adopté).

La séance est levée à 5 heures.

Le secrétaire perpétuel,
Dr H. Lécuyer,
de Beaurieux (Aisne).

NOUVELLES

Le 30 septembre, l'*Association de l'Oise* a renouvelé son bureau. Nos lecteurs seront heureux d'apprendre que notre directeur, M. *Cézilly*, a été élu à la presque unanimité *président* de l'Association.

Le bureau se constitue ainsi qu'il suit : *vice-président :* M. le Dr Milot (de Crépy-en-Valois), ex-interne des hôpitaux de Paris, président du Syndicat de l'arrondissement de Senlis.

Trésorier : M. le Dr Roustan fils, de Creil ;
Secrétaire : M. le Dr Wurtz, de Compiègne ;
Délégués : M. le Dr Gérard, maire de Beauvais (arrondissement de Beauvais).
M. le Dr Lesguillons (arrondissement de Compiègne).
M. le Dr Maurat, membre du conseil de direction du Concours (arrondissement de Senlis).

— Notre très distingué confrère, le Dr Lesguillons, de Compiègne, fait partie de la mission Schwartz et Huchard. M. Lesguillons nous a promis de rendre compte à nos lecteurs, de son voyage à Vienne, Berlin, Saint-Pétersbourg, etc. Cette mission, d'un mois de durée, permettra à notre excellent ami de se rendre compte, à notre intention, de la situation professionnelle des nombreux médecins avec lesquels il va être en rapport journalier.

Le *Concours médical* lui souhaite un agréable voyage et il compte sur sa promesse de faire bénéficier nos lecteurs de tout ce qu'il aura observé d'intéressant.

— Le 9 septembre dernier, le Bureau de l'Association locale du *Tarn-et-Garonne*, ainsi que le corps médical de *Moissac*, assistaient à l'enterrement du docteur *E. Belle*, qui lègue, à l'Association générale des médecins de France, sa fortune (plus de cent mille francs) pour fonder des secours de 500 francs aux médecins malheureux.

Tous nos lecteurs applaudiront à une aussi noble et généreuse donation.

Un bienfaiteur modèle. — C'est dans nos rangs, c'est parmi les médecins qu'il se trouve, que nous nous plaisons à le signaler. Les donateurs ordinaires se jugent quittes lorsqu'ils ont inscrit dans leur testament, au profit d'une œuvre charitable, une somme dont les administrateurs useront ensuite à leur gré, simplement pour boucher un trou de leur budget, et souvent sans que les malades en obtiennent la moindre amélioration de leur sort.

Tout autrement a agi notre philanthrope et judicieux confrère N..., de la ville de C. Il a offert, comptant, 6,000 francs à l'administration des hospices, « somme qu'elle recevra si elle fait disparaître les causes nombreuses d'insalubrité qui existent à l'Hôtel-Dieu. » Il lui donne, en outre, 24,000 francs « si elle installe un service d'accouchements construit dans de bonnes conditions hygiéniques».

Les pourparlers sont ouverts ; et il n'est pas douteux qu'ils n'aboutissent, car, exclusivement mû par la passion du bien, notre confrère n'élèvera que de raisonnables et exécutables exigences. Qu'il ne se rende pas à discrétion toutefois ? C'est bien quand on stipule au nom des pauvres qu'il est légitime et obligatoire de prendre pour règle : *donnant donnant*.

(*Lyon-Médical.*)

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret de faire part à nos lecteurs du décès du Dr Quiquandon, de Vernet-la-Varenne, membre du Concours Médical.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise).— Imp. DAIX frères, place St-André, 3.

Dixième année | N° 41 | 13 Octobre 1888

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE

Incompatibilité de l'eau de laurier-cerise avec la morphine.

L'une de ces incompatibilités est des plus dangereuses, car on la connaît peu. C'est la formation d'un cyanure de morphine insoluble, qui se produit quand on dissout un sel de cet alcaloïde dans l'eau de laurier-cerise ou d'amandes amères. Le précipité se forme peu à peu dans la potion, et, si le malade n'est pas arrêté par ce phénomène qu'il ne comprend pas, le plus souvent, il prend avec les dernières parties une dose toxique de morphine et d'acide cyanhydrique. Comme l'eau de laurier-cerise a été recommandée pour préserver les solutions d'alcaloïdes des végétations microscopiques qui les décomposent, cette observation est bonne à noter, non seulement pour la morphine, mais encore pour les autres alcaloïdes. Cinq à six gouttes d'acide chlorhydrique par 30 grammes de solution peuvent empêcher la formation de cyanure de morphine ; mais si, dans certains cas, cette addition peut être utile, il n'en est pas de même pour les solutions destinées aux injections hypodermiques.

Action antiseptique de l'eau chloroformée.

Le professeur *Salkowski* a recherché, d'après la méthode de Koch, la puissance d'action de l'eau chloroformée sur des microorganismes. Depuis plusieurs années il emploie le chloroforme pour arrêter la décomposiiton de l'urine, de façon à ce qu'on puisse l'examiner. Le chloroforme empêche toutes les fermentations qui dépendent de la vitalité des microorganismes, c'est-à-dire la fermentation alcoolique, la fermentation ammoniacale de l'urée, la conversion par fermentation de l'acide hippurique en acide benzoïque et glycocolle, la fermentation lactique et la putréfaction de l'albumine. Mais le chloroforme n'a pas d'action sur le processus dû aux ferments non organisés, tels que la ptyaline, la pepsine.

Le lait auquel on a ajouté une petite quantité de chloroforme, abandonné dans une bouteille bien bouchée, conserve sa réaction alcaline ; mais au bout de trois mois il forme une gelée qui, par l'agitation, se sépare en un sédiment de caséine, de matière grasse, et en un liquide clair, jaunâtre. Le lait stérilisé se comporte de la même façon, ce que Meisner explique par l'action d'un ferment coagulant. Le chloroforme empêche le sucre de canne et la glucose de fermenter en présence de la levure de bière. Mais, le jour suivant, le sucre de canne est changé en sucre interverti par un ferment non organisé qui existe dans les levures. Les transsudations albumineuses, la viande écrasée, ne renferment pas d'organismes quand elles ont été traitées par le chloroforme, ce que démontrent l'examen au microscope et l'ensemencement de la gélatine.

Le chloroforme n'empêche pas seulement le développement des microorganismes, il les détruit. C'est ainsi qu'un bouillon de viande en putréfaction, agité avec quelques gouttes de chloroforme, est, au bout d'une heure, parfaitement stérilisé. Un tissu de soie imprégné de bacilles de l'anthrax, mais débarrassé de spores, traité par l'eau de chloroforme pendant vingt-quatre heures, ne peut plus inoculer des plaques de gélatine, tandis qu'avec des expériences de contrôle on obtient un résultat net. Un mélange de chloroforme et de foies coupés venant de sujets atteints de fièvre splénique est stérilisé au bout de

trente minutes. On inocule à un cobaye une demi-seringue de Pravaz d'un liquide composé d'une goutte de sang d'anthrax et de 8 centimètres cubes d'eau stérilisée ou d'eau chloroformée. Tous ces animaux sont tués en quarante-huit heures quand on a employé l'eau seule ; les autres, qui ont été traités par l'eau chloroformée et le sang anthracifère, sont parfaitement sains. Toutefois, l'eau chloroformée n'a pas d'action sur les spores de l'anthrax.

Son action sur les bacilles communs est si énergique qu'une culture fraîche de choléra, mélangée avec un volume égal d'eau chloroformée, est désinfectée en une minute, et la preuve en est qu'elle ne peut pulluler dans les solutions de peptone, la gélatine, etc.

Cette propriété du chloroforme le fait employer dans les laboratoires pour conserver les solutions aqueuses de divers ferments, les fluides pathologiques, dans les digestions artificielles, surtout avec la trypsine. Il est avantageux d'ajouter quelques gouttes de chloroforme quand on prépare artificiellement des aliments pour les malades, à la condition que le vase soit bien bouché. La saveur amère ne se développe pas, et si on craint que la saveur du chloroforme ne soit désagréable, il suffit pour la faire disparaître de soumettre à l'ébullition pendant quelques minutes.

Le chloroforme peut être substitué à la glycérine pour faire des solutions de divers ferments, tels que la pepsine, la trypsine. C'est un excellent préservateur des préparations anatomiques, bien que l'hémoglobine le colore peu à peu, ce qu'on peut éviter en laissant la pièce pendant un temps fort court dans l'alcool concentré, ou en la soumettant à un lavage dans un courant d'eau.

Les autres usages du chloroforme sont les suivants : 1° préparation des injections sous-cutanées ; 2° son emploi à l'intérieur dans les maladies des organes digestifs dues à la présence de microorganismes, entre autres le choléra. Salkowski donne, à un chien de 36-38 kilogrammes, 200 centimètres cubes d'eau chloroformée avec la nourriture, pendant 8 jours, sans produire aucun effet, aussi voit-on qu'on peut l'administrer sans inconvénient à larges doses dans le choléra, par exemple. Il la recommande comme eau dentifrice.

En chirurgie, on ne peut pas l'adopter en raison de sa volatilité, mais elle peut être utile en irrigations dans la fièvre puerpérale, les abcès profonds, bien que ses effets sur des staphylococcus ne soient pas encore connus. (*Nouveaux remèdes*, d'après *Deutsch. med. Woch.*)

Glycosurie et polyurie dans le paludisme (1).

M. *Mossé*, de Montpellier, a cherché à vérifier chez les paludiques de l'hôpital de Montpellier l'existence d'une glycosurie. Ces recherches ont été continuées de 1881 à 1887 et sur plus de cent cas il n'a trouvé que deux fois de la glycosurie chez deux sujets prédisposés, une nourrice et un arthritique.

M. Mossé ne s'est pas borné à rechercher chez les paludiques l'existence du glycose, il a voulu rechercher comment se comportait l'excrétion urinaire plusieurs jours après les accès de fièvre intermittente. Il a constaté que, plusieurs jours après les paroxysmes fébriles, s'établissait fréquemment une polyurie aiguë à caractères particuliers.

Voici les conclusions qu'il a tirées de ses recherches :

L'urologie de la fièvre palustre mérite d'être reprise. Les propositions classiques sur les caractères et la marche du syndrôme urologique pendant les paroxysmes et après l'accès, subissent de nombreuses exceptions ; elles ne peuvent être données comme règles que sous réserves.

A la suite des accès de fièvre intermittente, la

(1) Académie de médecine, 2 octobre 1888.

FEUILLETON

Honoraires médicaux

Règles à suivre dans les rapports avec les clients, avec les Sociétés de Secours mutuels, avec les bureaux de Bienfaisance, etc... (1).

« Au début de ma carrière médicale, la médecine des indigents était faite dans mon canton exclusivement au moyen de l'abonnement. Cet abonnement était tout à fait dérisoire, puisque, sans m'arrêter aux communes rurales où le chiffre de 30 fr. était rarement atteint, dans la ville que j'habite, pour une population de près de 7.000 âmes, il n'était alloué que 200 fr. au médecin.

Cette dernière somme fut cependant doublée, quand le premier titulaire, se sentant faiblir, demanda un aide.

Il avait fait ce service ingrat pendant 25 ans, sans jamais faillir, et on n'osa pas, par un reste de pudeur, au moment où la vieillesse arrivait, lui rogner son maigre traitement. On attribua une somme égale à un autre confrère plus jeune, qui partagea ainsi avec lui la médecine des pauvres.

Combien de fois ce respectable confrère, aussi modeste que dévoué, ne m'a-t-il pas dit, un peu sollicité par moi à ces confidences, que chacune de ses visites lui revenait, bon an mal an, à cinq centimes !

Il avait soin d'ajouter, avec sa voix voilée et son sourire doux et légèrement narquois, qu'il mettait à part l'année 1866, où une épidémie très grave de fièvre typhoïde s'abattit pendant six mois sur la ville, et principalement sur la classe nécessiteuse.

Cette année lui fut particulièrement favorable, car grâce à la générosité, s'exerçant par autrui, du bureau de bienfaisance, qui s'empressa d'admettre à la médecine gratuite tous ceux qui le demandaient, il ne fut plus obligé d'accepter, comme payement de ses peines et des dangers continuels qu'il courait dans ces foyers de pestilence, qu'un peu plus d'un centime par visite !

Sa journée de galérien lui était effectivement payée 55 centimes, et il a fait pendant ces six mois de 30 à 50 visites par jour.

Je sais bien qu'il se prodiguait un peu, et que,

(1) Assemblée de l'Association de prévoyance et de secours mutuels des médecins de l'Oise (5 août 1888).

glycosurie peut se montrer, mais elle constitue un accident rare et ordinairement transitoire.

La glycosurie qui se montre dans ces circonstances paraît tenir surtout aux conditions inhérentes à l'individu et résulter d'un état spécial de l'organisme, passager ou permanent.

L'intoxication tellurique n'a donc dans sa production qu'un rôle secondaire, puisque, chez les paludéens cachectiques et dans les fièvres intermittentes pernicieuses, la glycosurie ne doit pas être plus fréquente que dans l'impaludisme moins grave et moins invétéré.

Après les accès de fièvre intermittente, il est fréquent et non constant de voir survenir une polyurie à caractères spéciaux : la quantité d'urine émise varie de 2 litres 1/2 à 3 litres 1/2 dans les 24 heures. Elle a pu atteindre 5 et même 8 litres.

Cette polyurie aiguë commence d'habitude après les accès et ne s'accompagne pas ordinairement d'une azoturie proportionnelle. Elle ne doit pas cependant être regardée comme une hydrurie simple. Dans les cas où les chlorures ont été dosés, leur proportion était forte.

Par son allure et ses caractères principaux, cette polyurie se rapproche des polyuries observées dans la convalescence des maladies aiguës plutôt qu'elle ne constitue un syndrôme critique.

Pour mieux pénétrer sa nature, il serait utile de savoir si cette polyurie s'accompagne d'une augmentation de la toxicité urinaire.

Au point de vue séméiologique, il faut faire, pendant plusieurs jours de suite, l'examen de l'urine après la disparition des accès fébriles.

Le fait observé par S. Ringer, que le sulfate de quinine dissocierait les éléments de la fièvre, d'une part, l'augmentation de la température qu'il fait disparaître, d'autre part, l'augmentation des matières excrémentitielles qu'il laisserait subsister, et qui paraîtraient dans l'urine au moment précis où l'accès aurait éclaté, si l'on n'avait pas institué la médication quinique, mérite d'être confirmé par de nouvelles analyses.

Les alcools dits supérieurs et les bouquets artificiels.

M. *Laborde* a traité cette importante question devant l'ACADÉMIE DE MÉDECINE avec une ampleur qui ne peut manquer de mettre de nouveau à l'ordre du jour ce sujet brûlant. J'ai voulu résumer ici, a-t-il dit, quelques expériences qui montrent les dangers auxquels exposent quelques-uns des produits qui sont actuellement livrés à la consommation.

J'étudierai surtout les produits artificiels que l'industrie, aidée de la chimie, ajoute à des substances et des produits naturels, auxquels elle s'évertue de donner les qualités intrinsèques de ces mêmes produits naturels; ces produits artificiels constituent en réalité des poisons dangereux.

Tout d'abord, *en ce qui concerne le vin, il est fabriqué de toute pièce avec de l'alcool, des matières colorantes*, et *une huile essentielle* à laquelle on donne le nom de bouquet.

A. *Bouquet.*

Le bouquet est un produit très complexe. Il y en a deux variétés, l'huile de vin française et l'huile de vin allemande, cette dernière étant généralement employée de préférence par l'industrie.

Ces produits proviennent de l'oxydation par l'acide nitrique d'huile de coco, de beurre de vache, d'huile de ricin, et quelquefois d'autres matières grasses : ils ont un parfum tellement pénétrant que pour peu qu'on ait manié les flacons qui les contiennent on est imprégné pour longtemps de leur odeur.

Il résulte des expériences que nous avons faites avec ces bouquets qu'ils peuvent déterminer des phénomènes toxiques se résumant ainsi :

---

moins pénétré de son devoir, grand mot que nous entendons tous si souvent prononcer, en dehors de nous, par ceux-là mêmes qui le fuient le plus, il aurait pu voir ses malades moins fréquemment. Mais que voulez-vous, il appartenait à cette classe d'hommes bons et généreux, qui aiment d'autant plus les pauvres qu'ils les savent abandonnés de tous.

Il croyait, et en cela il avait peut-être raison, faire plus pour leur guérison, en les réconfortant par sa présence répétée et par des paroles d'encouragement qu'en les noyant de drogues plus ou moins indigestes.

On s'étonnait de rencontrer ce si digne vieillard, la boutonnière vierge de tout ruban. Mais est-ce que d'ordinaire les honneurs vont trouver les dévouements silencieux ?

Vous ne m'en voudrez pas, Messieurs, d'avoir rappelé un peu longuement la vie toute de dévouement et d'abnégation d'un des nôtres, du regretté Dr Devaulx.

Je cite un nom, vous pourriez en citer beaucoup d'autres, car ils sont nombreux, dans notre corporation, plus nombreux que partout ailleurs, ceux-là qui, sans forfanterie, et sans presque s'en apercevoir, accomplissent chaque jour des actes de dévouement et d'héroïsme.

Cette digression m'aura permis, tout en rendant un juste tribu d'éloges à un confrère si méritant, de faire toucher du doigt le grave *préjudice* porté à nos intérêts par le système de l'abonnement.

N'oublions pas non plus que notre dignité et notre liberté en souffrent.

Il n'est rien, en effet, de plus égoïste qu'un malade, et son impatience à guérir le rend volontiers injuste. Dans la clientèle payante, il accepte encore qu'on lui fasse peu de visites, surtout si leur rareté est compensée par un plus long temps à chacune d'elles. Sa bourse ne doit-elle pas profiter de la discrétion du médecin, et n'a-t-il pas eu chaque fois pour la même somme une visite plus longue et partant plus avantageuse ?

Il n'en va pas de même du pauvre, qui se montre d'autant plus exigeant qu'il n'a rien à payer, et qu'il veut profiter de la rare aubaine qui lui est donnée de pouvoir commander.

Le médecin n'est-il pas rétribué à l'année pour le servir, et subir ses moindres caprices! Que vient-on dire que point n'est besoin de retourner voir le malade le soir ou le lendemain ? Ah ! si

L'action du poison porte d'abord et en général sur le système nerveux dont l'excitabilité est accrue et ensuite sur la fonction respiratoire par l'arrêt de laquelle se produit la mort. Mais le poison d'origine allemande est sensiblement plus actif.

En cherchant à apprécier aussi exactement que possible la différence qui sépare l'huile française de l'huile allemande au point de vue de cette toxicité, nous avons constaté que l'huile allemande a une action au moins double. C'est pour cette cause qu'elle est plus recherchée par l'industrie.

Mais, quelque minime que soit la quantité employée, elle n'en offre pas moins des dangers réels, en raison de la répétition fréquente de l'absorption et des quantités totales du liquide absorbé dans la consommation.

B. *Alcools proprement dits. — Eau-de-vie.*

Malgré les beaux travaux des trente dernières années sur l'alcoolisme, un point obscur et très important restait encore à éclaircir. Je veux parler du caractère *convulsivant* de l'action toxique de l'alcool. Ce caractère ne semblait pouvoir être attribué qu'aux essences qui entrent dans la composition de certaines liqueurs, dites apéritives, dont l'absinthe est le type.

Cependant, divers observateurs, notamment d'Écosse et d'Irlande, avaient signalé l'existence d'attaques épileptiques dans l'alcoolisme *aigu*, chez des sujets exclusivement adonnés à l'eau-de-vie. En 1874, j'avais observé moi-même des attaques épileptiformes chez le chien avec un alcool de provenance industrielle.

Ces faits allaient à l'encontre de l'opinion que soutenait M. Magnan, à savoir, que seule, l'absinthe, ou les essences de même provenance, jouissaient de ce caractère convulsivant.

Or, il n'en est rien. Nous savons même à quels agents l'alcool emprunte sa puissance convulsivante. C'est, non pas à la pyridine, qu'il contient, mais à deux aldéhydes, *l'aldéhyde pyromucide* ou *furfurol*, pour les alcools d'industrie, et *l'aldéhyde salicylique* pour les liqueurs et les bouquets.

Le *furfurol* se trouve, en particulier, dans les alcools de grain, d'avoine, de scigle, d'orge. Il se produit vraisemblablement, aux dépens du son, dans la saccharification sulfurique des céréales et passe dans les produits de la distillation du liquide fermenté. C'est un liquide incolore, mais qui brunit facilement à l'air, d'une odeur rappelant l'essence de cannelle et l'essence d'amande amère. Sa densité est de 1.68 ; il bout à 162°. De nombreuses expériences physiologiques nous ont montré, d'une façon indubitable, la faculté convulsivante et épileptisante du furfurol employé en injections intraveineuses. Cette action ne se produit pas à la suite de l'ingestion stomacale, parce que le médicament n'est pas supporté par cette voie. Nos expériences ont établi aussi qu'il exerçait une modification puissante sur les phénomènes respiratoires et qu'il affectait une sorte de prédilection pour le noyau bulbaire d'origine des fibres du pneumogastrique ou noyau *respiratoire*, tandis qu'il respecte relativement le noyau *cardiaque*, donnant ainsi une démonstration nouvelle de l'indépendance et de la dissociation fonctionnelles de ces deux centres organiques.

Cette faculté convulsivante et épileptisante du furfurol donne la clef de l'action convulsivante des alcools auxquels il se trouve mêlé, et qui lui empruntent cette propriété toxique que l'alcool, proprement dit, ne possède pas par lui-même.

C. *Liqueurs, essences et bouquets. — Aldéhyde salicylique. — Salicylate de méthyle. — Essence de noyau.*

Deux autres produits, *l'aldéhyde salicylique* et le salicylate de *méthyle* donnent aux liqueurs et

---

c'était payé à la visite, on y retournerait plutôt dix fois qu'une. Mais le malheureux est délaissé, cela se comprend ; on n'en est pas plus rétribué, qu'on le visite peu ou beaucoup !

Voilà, Messieurs, comme on parle de nous et comme on nous apprécie chez ces pauvres à qui nous témoignons pourtant tant d'intérêt, et pour qui nous dépensons notre temps sans compter.

Quoi que nous fassions, nous sommes soupçonnés d'incurie et d'inhumanité, à moins que, pris de la peur du qu'en dira-t-on ou doués d'un caractère héroïque à la façon de notre confrère Devaulx, nous ne nous prodiguions en visites fréquentes et inutiles.

Avais-je raison de dire que ce système de l'*abonnement*, ou, si vous voulez, du *traitement fixe*, est préjudiciable à nos intérêts, à notre bonne renommée et à notre indépendance !

Mais comme les choses changent si le médecin des pauvres est rétribué à la visite. Chacun y trouve son compte. L'indigent ne taxe plus injustement d'incurie son médecin, sachant que celui-ci est payé en rapport avec ses peines, et il attend patiemment sa venue, surtout si on lui applique la réglementation dont j'aurai occasion de parler plus loin à propos de la clientèle payante.

C'est profondément imbu de ces idées, que j'avais résolu, dès mon début dans la pratique médicale, de ne jamais accepter d'être payé autrement qu'à la visite ou par maladie, soit dans la *clientèle courante*, soit dans les *sociétés de secours mutuels*, ou chez les *indigents*.

Aussi quand, trois ou quatre ans après mon arrivée, on vint me demander, après la mort du titulaire, d'accepter de faire la médecine gratuite des 4 ou 5 communes rurales, où le bureau de bienfaisance est à peu près bien organisé, je refusai l'abonnement qu'on m'offrait et voulus être payé à la visite, en faisant une concession de 2 fr. sur mes visites payantes de la localité.

On fit bien quelques difficultés dans le premier moment ; mais, comme on n'avait guère le choix à cette époque, les municipalités acceptèrent mes propositions.

Aujourd'hui ces communes sont habituées à ce nouveau régime. Elles payent peut-être un peu plus cher qu'à l'abonnement ; mais chacun est satisfait, et le malade surtout est heureux de savoir que le médecin est rétribué à la visite. Il croit à tort ou

aux bouquets cette même propriété convulsivante, et même à un degré plus élevé.

Actuellement, dans la pratique ordinaire de l'industrie des liqueurs, on met en présence d'alcools inférieurs, de mauvaise qualité, des essences avec lesquelles on obtient des liqueurs demi-fines, superfines, extra-fines. Les bouquets masquent ainsi habilement les alcools de mauvais goût. Il en résulte même que les liqueurs les plus et les mieux parfumées sont précisément celles où entrent les alcools les plus mauvais.

Parmi ces bouquets il en est d'inoffensifs, mais la plupart sont des poisons.

Le type de ces poisons est la liqueur d'absinthe, bien connue depuis les travaux de Magnan, et donnant l'idée typique des convulsivants et épileptisants.

Mais dans le vermouth et le bitter il existe aussi un bouquet artificiel des plus dangereux, c'est *l'aldéhyde salicylique* que les fabricants substituent à l'essence de reine-des-prés, laquelle entre dans la composition de ces liqueurs.

Retiré de l'essence de reine-des-prés, l'aldéhyde salicylique a pour formule $C^7H^6O^2$; c'est un aldéhyde phénol. On le prépare en faisant agir une partie de bichromate de potasse et huit parties d'eau sur un mélange d'acide sulfurique et d'eau.

L'aldéhyde salicylique ainsi obtenu est un liquide neutre, incolore, prenant une teinte rougeâtre au contact de l'air. Il a une odeur aromatique spéciale.

J'ai injecté par la veine saphène externe 1/2 centimètre cube d'aldéhyde salicylique chez un chien de 12 kilogrammes. Deux minutes après, aura motrice dans le cou et dans les pattes antérieures ; convulsions toniques, trismus. Une deuxième attaque succède rapidement à la première. La respiration qui a été momentanément supendue prend, après l'attaque, une amplitude considérable. La température rectale est montée de 39°5 à 40°6.

Une heure après l'injection, le chien est encore étendu sur le côté, insensible à l'appel. Relevé, il retombe. Avec 1/2 centimètre cube, l'animal peut guérir ; mais il suffit de doubler cette dose pour voir survenir la mort, après plusieurs attaques successives.

A l'autopsie, on trouve les poumons emphysémateux, parsemés d'ecchymoses. Le cœur est flasque, les méninges sont injectées.

C'est bien d'une action, essentiellement épileptisante qu'il s'agit, en sorte qu'on s'explique par là les attaques épileptiformes de certains buveurs de vermouth et de bitter, et que nous avions cru, jusqu'alors, devoir attribuer à la présence dans ces liqueurs d'une faible dose d'absinthe.

Le vermouth et le bitter peuvent encore contenir une substance convulsivante substituée à l'essence de « Gaultheria procumbens » ou « Winter-green », c'est le *salicylate de méthyle*.

On obtient ce corps en soumettant à la distillation un mélange de deux parties d'acide salicylique cristallisé, deux parties d'acide méthylique pur et une partie d'acide sulfurique à 66°. C'est un liquide incolore, d'une odeur forte, agréable, persistante ; peu soluble dans l'eau, très soluble *dans l'alcool*.

Le salicylate de méthyle provoque des convulsions qui se traduisent simultanément par de la raideur et du tremblement ; elles ne rappellent en rien le cycle méthodique de l'attaque épileptique.

A la suite de chaque injection, on observe chez le chien une raideur avec vibrations musculaires sur tout le corps, petites secousses spasmodiques dans les muscles du cou, yeux grands ouverts, cris plaintifs, respiration accélérée.

Avec 2 cc. l'animal est pris de raideurs tétaniformes des quatre membres avec prédominance dans le train postérieur ; tremblement bilatéral de la tête; impossibilité de se remuer.

Après cette crise qui dure dix minutes, l'animal

à raison que c'est une garantie pour la régularité des soins qui lui seront donnés.

Je me montre d'ailleurs discret et ne fais de visite qu'à bon escient, bien que le prix en soit de 3 fr. au minimum.

J'ai gagné à ce système de garder mon indépendance, tout en étant mieux rétribué. Et, ce qui prouve que les communes ne s'en plaignent pas trop non plus, c'est qu'il ne se passe pas d'année où elles n'interviennent pour payer une note un peu élevée d'un chef de famille, qui, non inscrit jusqu'alors au Bureau de bienfaisance, mérite momentanément d'y être à cause d'une maladie qui s'est prolongée outre mesure. J'accepte d'autant plus volontiers leur proposition, en leur faisant le plus souvent une légère concession, que ma créance, sans elles, courrait grand risque de rester impayée.

Dans la ville où j'exerce, on a marché aussi depuis quelques années, et, bien que l'abonnement y ait fleuri jusqu'aujourd'hui, l'indemnité, qui n'était en 1872 que de 200 fr., est montée d'abord à 400 fr., pour arriver, il y a 4 ans, à 800 fr. à la mort des deux titulaires.

Comme j'étais le plus jeune parmi mes confrères restants, on aurait voulu me voir prendre le service ainsi mieux rétribué. J'aurais accepté à la visite, j'ai refusé par principe à l'abonnement. Mes deux confrères le prirent, et ils ont dû, je pense, trouver une suffisante rémunération à leurs peines, n'étant pas hommes d'ailleurs à s'en laisser imposer par les exigences bruyantes de certains pauvres difficiles.

En 1887, l'un des deux titulaires est mort ; de nouveaux médecins sont venus s'établir dans la ville, et le service médical des indigents va être incessamment réorganisé.

Depuis un an, j'ai eu le temps de préparer les membres de la commission, qui se sont ralliés franchement à mon opinion. Avant peu, c'est-à-dire pour janvier prochain, nous aurons le service médical des pauvres, fait comme je l'ai toujours conçu : liberté pour l'indigent de choisir son médecin à chaque nouvelle maladie, et payement à la visite, celle-ci étant comptée 1 fr., mais avec des modifications de prix et certaines conditions particulières, dont il sera parlé plus loin à propos de la clientèle payante, et surtout des Sociétés de secours mutuels.

Dr Leroy (de Noyon).

(A suivre.)

s'aplatit, épuisé : vomissements bilieux, obtusion de la sensibilité. Il boit avec avidité.

Respiration de plus en plus anhélante, asphyxique. Vomissement de sang. Mort.

A l'autopsie, on trouve à peu près les mêmes lésions que dans les expériences avec l'aldéhyde salicylique. Les méninges sont injectées, plus particulièrement la partie bulbo-cervicale dans la sphère du quatrième ventricule et des origines des pneumo-gastriques.

Les modifications fonctionnelles dominantes semblent amener, en effet, une action élective du côté de cette région organique, ainsi qu'en témoignent les troubles profonds de la respiration et les vomissements.

L'action convulsivante est également nette en ce cas ; mais elle revêt des caractères sensiblement différents de ceux qui constituent le syndrôme épilepsie.

Il nous reste, dans cette catégorie, à examiner encore un produit ; c'est l'*essence de noyau.*

(La fin de la communication de M. Laborde est remise à la prochaine séance, mais la discussion s'est déjà engagée.)

M. *Dujardin-Beaumetz.*— Dans les expériences que j'ai faites avec M. Audigé pour étudier l'alcoolisme, nous avons tout d'abord essayé de donner l'alcool par l'estomac ; malheureusement, les chiens qui nous servaient dans nos expériences, vomissaient les liquides ingérés, et nous n'avons pu étudier sur eux l'influence de ces liquides administrés par ce procédé. Cette influence n'a pu être étudiée que sur des porcs auxquels le poison était donné pendant longtemps et à petite dose ; quant aux chiens, nous avons dû recourir à la voie sous-cutanée.

Nous n'avons pas cru pouvoir recourir aux injections intra-veineuses qui ont été utilisées par M. Laborde dans les très intéressantes expériences dont il vient de vous parler. Nous pensons, en effet, que ce mode d'étude de l'action physiologique des poisons est défectueux, et cela bien qu'il ait reçu l'approbation de M. Bouchard. Nous croyons, en effet, que les médicaments qui passent dans le sang, en suivant la voie stomacale, subissent des modifications qui font que l'action physiologique de la substance n'est pas comparable à ce qu'elle serait après l'introduction directe dans le sang.

Cette objection, vraie, quels que soient les phénomènes observés, est surtout vraie lorsqu'il s'agit d'étudier l'action convulsivante d'une substance comme l'alcool, qui a incontestablement une action directe sur le sang avec lequel il se trouve en contact, ne fût-ce que la formation de caillots emboliques.

J'ai assisté aux expériences que M. Magnan a faites sur l'absinthe, et j'ai parfaitement constaté l'action convulsivante de cette substance employée en injection intra-veineuse, action convulsivante que M. Laborde obtient également avec le furfurol ; mais cette action convulsivante fait défaut pour l'absinthe, tout au moins lorsqu'on la fait ingérer par l'estomac.

M. Laborde. — Je vous demande pardon.

M. *Dujardin-Beaumetz.* — Dans l'une de vos expériences, je trouve relatées des attaques épileptiformes très nettes, à la suite d'une injection intraveineuse de furfurol ; or, ces attaques ne se reproduisent plus à la suite de l'injection de la même substance par l'estomac.

Voyez, d'ailleurs, ce qui se passe en clinique ; des absinthiques ont des phénomènes d'alcoolisme en même temps qu'ils éprouvent les accidents décrits par M. Lancereaux comme conséquence de névrites périphériques ; mais les attaques d'épilepsie ne sont pas plus fréquentes chez eux que chez les autres alcooliques. Elles se produisent non pas parce que l'individu est alcoolique, mais parce qu'il a des dégénérescences diverses de la moelle.

M. *Laborde.* — Je ne suis pas de l'avis de M. Dujardin-Beaumetz au sujet des injections intraveineuses. Je crois, au contraire, que la meilleure manière d'étudier l'action réelle des substances toxiques est de les introduire directement dans le sang. Les phénomènes qu'elles produisent par ce procédé ont d'autant plus de netteté qu'ils sont débarrassés d'une série de phénomènes intermédiaires qui peuvent obscurcir l'expérience.

Je suis encore d'un avis différent de M. Beaumetz, en ce qui concerne les absinthiques ; l'observation clinique montre qu'ils sont surtout sujets à des accidents auxquels M. Lancereaux donne le nom d'hystériformes, ce qui ne fait rien à la chose. L'expérimentation vient confirmer ces données cliniques en montrant que les chiens auxquels on fait des injections intra-veineuses d'extrait absinthique présentent les phénomènes de l'épilepsie type. L'injection sous-cutanée, ou l'injection par la voie stomacale, produisent le même résultat.

En ce qui concerne les expériences sur le furfurol, je dirai à M. Beaumetz que si les résultats obtenus à l'aide des injections intra-veineuses sont différents de ceux obtenus par l'injection stomacale, cela résulte de l'intolérance de l'estomac qui ne peut pas supporter les doses élevées du médicament. Les accidents épileptiformes se produisent lorsqu'on administre à petite dose, et pendant un temps assez prolongé. »

REVUE DE CHIRURGIE

Cancer du sein et ganglions axillaires (1).

Le professeur Trélat insiste sur ce fait clinique que tout cancer du sein bien constaté, si petit et localisé qu'il soit, doit être traité par l'extirpation totale de la glande et le curage de l'aisselle, dès que le diagnostic a été fait. Rien ne révèle, en effet, les véritables limites d'un cancer ; aussi toute section faite dans l'épaisseur de la glande risque de tomber en plein tissu pathologique. D'autre part, dans le cancer alvéolaire du sein, les ganglions de l'aisselle sont très rapidement envahis ; si le diagnostic de la tumeur est exact, l'état des ganglions est certain, ils sont cancéreux même quand ils sont petits et paraissent de couleur normale. C'est en opérant promptement et complètement qu'on diminue les

(1) *Bulletin médical*, 22 août 1888.

craintes de récidive et qu'on augmente les chances de survie ; ces résultats peuvent être maintenant d'autant plus facilement espérés que la mortalité opératoire a beaucoup diminué. Si on respecte, en effet, les contre-indications tirées de l'état local (multiplicité des sièges, propagations rapides et étendues) ou de l'état des viscères (généralisation et affections graves préexistantes), si on observe les règles d'une bonne technique opératoire, on voit la mortalité s'abaisser aux environs de 5 % et les malades guérir de leur opération dans un délai de huit à douze jours.

Aussi ne faut-il pas hésiter, chaque fois que l'on opère un cancer du sein, et que l'on est sûr du diagnostic, à prolonger délibérément les incisions cutanées jusque dans le creux de l'aisselle. S'il y a quelque incertitude dans le diagnostic, on fend la tumeur en deux avant d'inciser l'aisselle, et, suivant le résultat de l'inspection, on prolonge ou on borne la section.

Le diagnostic étant certain, on dissèque d'abord toute la glande en mettant à nu les fibres musculaires du grand pectoral, surtout vers son bord externe avoisiné par un petit groupe de ganglions axillaires antérieurs et on continue dans l'aisselle cette dissection minutieuse. Quand la dissection est terminée, on a sous les yeux en haut les vaisseaux axillaires mis à nu, et dans tout le reste les parois musculaires du creux de l'aisselle. On vérifie l'espace sous-pectoral et s'il n'y a rien de ce côté, l'opération est terminée.

On ne saurait trop insister sur ce fait clinique : que l'opération de l'ablation du sein donnera des résultats d'autant meilleurs, qu'elle sera plus précoce et plus complète.

Voilà quelques années déjà que certains chirurgiens tendent à admettre ce procédé de l'extirpation du sein avec curage des ganglions axillaires pratiqué dans les cas même où ces ganglions ne paraissent pas atteints à l'œil nu. Dès 1882, M. Kirmisson disait, dans un mémoire à la Société de chirurgie : « Au lieu de se contenter de circonscrire par deux incisions demi-circulaires une ellipse dans laquelle se trouve comprise la tumeur à extirper, nous pensons qu'il serait préférable de prolonger en dehors l'incision le long du bord inférieur du grand pectoral, jusqu'à la cavité axillaire. La tumeur est d'abord isolée de toutes ses connexions, ou mieux, la mamelle tout entière est disséquée ; car dans tous les cas de tumeur maligne du sein, c'est la glande entière, et non le néoplasme seul qu'il s'agit d'extirper. Mais on la laisse appendue au tissu cellulo-graisseux qui s'étend en dehors, le long du muscle grand pectoral. C'est, en effet, dans l'épaisseur de ce tissu cellulaire que cheminent les vaisseaux lymphatiques allant de la mamelle aux ganglions axillaires. Ce tissu cellulo-graisseux est disséqué à son tour; arrivé dans la cavité axillaire, il devient, comme chacun le sait, extrêmement mollasse, peu adhérent aux parties voisines, et se laisse facilement décoller avec le doigt. Cette circonstance anatomique permet de constituer facilement à la tumeur un véritable pédicule, par lequel elle est appendue aux rameaux vasculaires qui se jettent dans la veine et dans l'artère axillaires. Rien n'est plus facile que de placer une ligature sur ce pédicule, et d'exciser, au-dessous de la ligature, les parties à retrancher. On enlève ainsi d'un seul bloc la tumeur, les vaisseaux et les ganglions lymphatiques, formant un tout continu. »

Le chloroforme et la trachéotomie dans le croup.

On lisait sur ce sujet dans la *Province Médicale* du 11 août dernier une intéressante Revue dont nous reproduisons les points principaux :

. . . .

I. Et, d'abord, est-il utile d'anesthésier le malade auquel on veut faire la trachéotomie ?

La douleur provoquée par l'opération ne paraît pas être bien grande, et nous verrons pourquoi. Mais, si petite que soit cette sensation douloureuse, il est du devoir du médecin de l'éviter au malade, si cela est possible, sans que le patient coure aucun danger. « On opère, dit Farabeuf (1), au moment où les accès de suffocation se sont rapprochés ; quand l'état asphyxique devient permanent, quand la respiration est pénible et le tirage continu et marqué. »

Or, à ce moment, les malades sont déjà un peu anesthésiés par l'asphyxie commençante.

De plus, des expériences de Brown-Sequard ont démontré que la sensibilité à la douleur dans la région cervicale est considérablement diminuée par une incision des téguments dans la partie antérieure du cou.

Brown-Sequard a constaté, dans un grand nombre d'expériences, surtout chez les chiens et les singes, que l'on pouvait « mettre à nu, couper, galvaniser, et même brûler les diverses parties des 2/3 antérieurs du cou, sans causer de vives douleurs et quelquefois sans paraître en causer aucune », après avoir fait une incision sur la région antérieure du cou.

Cet auteur conclut en disant que : « Si les chirurgiens peuvent faire la trachéotomie, ce n'est pas, comme ils le croient, uniquement parce que la sensibilité est diminuée par l'asphyxie dans la plupart de ces cas ; c'est sans doute aussi et surtout parce que le début même de l'incision de la peau produit, par inhibition, la diminution ou la perte de la sensibilité ou de ce qui en reste. »

Tout chirurgien qui a pratiqué ou a vu pratiquer un certain nombre de trachéotomies, a certainement été frappé de la patience avec laquelle les malades supportent l'opération : il est évident que cette patience, chez les enfants surtout, a son origine dans l'anesthésie, que cette dernière soit due à l'asphyxie au début, ou à la perte de sensibilité produite par inhibition.

Au point de vue de la douleur, le malade ne paraît donc pas retirer grand bénéfice de l'anesthésie.

Mais les lésions du larynx, la présence de membranes diphthéritiques dans cet organe, les excroissances d'une tumeur cancéreuse, par exemple, « entraînent forcément un spasme de la glotte ».

C'est là le point important sur lequel insiste M. Beaupère dans son travail (2). Citons cet auteur : « Si ce spasme existe, l'anesthésie doit le faire cesser. Si l'anesthésie le fait cesser, elle est absolument indispensable dans la trachéotomie, parce qu'elle permettra d'agir plus lentement et plus sûrement. »

Nous voyons donc que, si l'anesthésie n'offre pas de grands avantages au malade au point de vue douleur, elle retarde chez lui, elle ralentit la marche de l'asphyxie, que précipite, en l'absence du sommeil anesthésique, le spasme du larynx.

Pour opérer plus tranquillement, plus lentement, pour retarder la marche de l'asphyxie, il sera donc

(1) *Manuel de méd. opératoire.*

(2) Thèse de Lyon 1888.

utile de pratiquer l'anesthésie du malade avant de l'opérer.

II. Est-il dangereux de pratiquer l'anesthésie chez les malades auxquels on doit faire la trachéotomie ?

La question n'est pas encore tranchée, et la maladie de l'empereur d'Allemagne, Frédéric, nous a fourni l'occasion de voir des sommités médicales anglaises et allemandes discuter l'opportunité de l'anesthésie dans la trachéotomie.

Je veux citer ici la partie du rapport du Dr Bramann qui a trait à l'anesthésie : « Quand tout fut préparé pour l'opération, de nouvelles difficultés surgirent relativement au chloroforme contre l'emploi duquel M. Mackenzie s'éleva énergiquement. Il prétendait que la trachéotomie pratiquée pendant le sommeil chloroformique était dangereuse, et que pour cette raison on opérait sans chloroforme en Angleterre. Je lui répliquai que j'avais toujours employé le chloroforme chez plus de 400 malades, tant enfants qu'adultes, chez lesquels j'ai eu l'occasion de faire la trachéotomie. Je fis remarquer qu'il était d'usage en Allemagne de se servir du chloroforme et que, le cas donné m'imposant par lui-même une très lourde responsabilité, je ne voulais opérer autrement que dans des conditions que je croyais opportunes et auxquelles j'étais habitué.

« Malgré tous les avis contraires, je persistai dans mon opinion, soutenue avec énergie par le Dr Schrœder, M. Mackenzie finit par céder, mais non sans avoir repoussé encore une fois toute responsabilité pour ce qui pourrait arriver pendant le sommeil chloroformique. Sur ma prière et sur celle de Schrœder l'auguste malade consentit aussitôt à être endormi.

« Au début de l'administration du chloroforme, à laquelle je procédai graduellement et avec beaucoup de prudence, il y eut plusieurs pauses de la respiration. Le bruit respiratoire et le tirage étaient très considérables. Le sommeil s'obtint relativement vite et sans période d'excitation..... (1). »

Houzel (de Boulogne-sur-Mer) a observé que « le chloroforme, loin d'augmenter l'asphyxie, régularise et ralentit la respiration ; que de très faibles doses suffisent pour anesthésier ces malades, dont la résistance vitale est amoindrie ; que la période d'excitation fait défaut, et qu'enfin le réveil n'est suivi ni de nausées, ni de vomissements. »

Un grand nombre de chirurgiens de Paris se sont déclarés partisans de l'anesthésie dans la trachéotomie. MM. Laroyenne, Fochier et Levrat, chirurgiens de la Charité, n'ont eu, dit Beaupère, qu'à se louer de l'anesthésie dans les cas où ils l'ont faite.

L'anesthésie, de l'avis de la plupart des chirurgiens, n'offre aucun danger quand elle est pratiquée dans certaines conditions.

III. Quel agent anesthésique faut-il employer ?

M. Beaupère rejette l'amylène et le protoxyde d'azote pour ne s'occuper que de l'éther et du chloroforme. Cet auteur, d'accord avec les chirurgiens de Paris, pense que le chloroforme doit être employé d'une façon exclusive. Il est vrai qu'il s'occupe plus spécialement de la question de l'anesthésie chez les enfants, et nous savons que, chez ces derniers, l'anesthésie au chloroforme est préférable à l'anesthésie à l'éther.

Cependant, si nous consultons les auteurs, nous verrons que, dans le cas particulier de la trachéotomie, l'éther doit être rejeté d'une façon absolue. « L'éther ne doit être employé en aucun cas, » dit Morell-Mackenzie à propos de l'anesthésie dans la trachéotomie.

De plus, fait sur lequel insiste Beaupère, « l'éther produit une irritation qui se fait sentir sur les voies aériennes, » et amène ce spasme que l'on cherche précisément à éviter.

Le chloroforme l'emporte, et voici les principaux avantages que cet agent anesthésique nous offre : « rapidité dans l'action du chloroforme, qui agit à très petite dose, absence de périodes d'excitation, conservation du réflexe trachéal au moment de l'incision de la trachée, réveil rapide, absence de vomissements ou de nausées, tels sont les caractères assez particuliers de l'anesthésie par le chloroforme. »

Ces conclusions sont données à la suite d'observations faites sur des enfants. Nous pouvons dire, avec les auteurs allemands, que dans les cas de néoplasmes, ou d'obstructions quelconques des voies aériennes chez l'adulte, il en est de même, et que *le chloroforme doit être préféré à l'éther* pour les mêmes raisons que Beaupère met en avant chez les enfants.

Pour nous résumer, nous dirons que : 1° l'anesthésie dans la trachéotomie est utile (suppression du spasme) ;

2° Qu'elle n'offre aucun danger, pratiquée avec certains anesthésiques ;

3° Que l'agent anesthésique que l'on doit seul employer est le chloroforme. »

Pour compléter, nous reproduisons les conclusions suivantes d'une thèse fort bien faite soutenue cette année par M. le Dr Albert Panné, interne lauréat des hôpitaux de Paris.

« I. — Le chloroforme, que nous avons administré à 50 enfants atteints de croup pour exécuter la trachéotomie, nous a toujours procuré de sérieux avantages sans faire courir au malade de danger réel. Nous nous en sommes abstenu, quand le malade était arrivé à un degré avancé d'asphyxie, et quand nous reconnaissions l'existence d'une broncho-pneumonie.

II. — Supprimant les accès de suffocation, il rend inutiles les procédés rapides, et permet d'opérer lentement.

III. — Le meilleur procédé lent est le procédé au bistouri, en se servant d'écarteurs qui font l'hémostase.

IV. — Anesthésie et procédé lent conviennent tout spécialement aux cas dans lesquels la trachéotomie est rendue difficile par l'état anatomique du cou. »

CORRESPONDANCE

Association Syndicale des Médecins des Vosges.

A M. le docteur Cézilly, directeur du *Concours médical*,

Par suite d'une absence de quelques semaines, n'ayant pas lu à temps plusieurs nos du *Concours*, j'ai eu en mains il y a quelques jours seulement le no du 25 août contenant une lettre de M. le Docteur Lardier, Président du Syndicat médical des Vosges, dans laquelle je suis fort malmené.

Je n'entends ici ni discuter l'affaire point par point, ni contester l'exactitude de l'exposé fait par M. Lardier, ni même tenter une justification dont je ne dois compte qu'à mes collègues de l'Associa-

(1) *Bulletin médical*, 22 juillet 1888.

tion. J'estime que le débat est suffisamment clos à la suite des explications fournies par moi verbalement à la commission d'initiative du Syndicat, réunie le 5 septembre à Epinal et du vote émis ensuite lors de la réunion générale annuelle qui avait lieu le 15 courant à Saint-Dié. Il me paraît cependant nécessaire, et c'est mon droit d'ailleurs, de bien préciser certains points, de bien établir le point de départ primitif de l'affaire et enfin de relever ce qu'il peut y avoir de blessant dans la lettre de M. le Dr Lardier.

Je tiens tout d'abord à bien préciser que ce n'est pas au Syndicat que j'ai adressé l'Avis cité textuellement dans la lettre de M. le Dr Lardier, mais au Directeur du *Concours médical,* et au cours d'une lettre dans laquelle je soumettais à ce dernier quelques réflexions sur l'exercice de la médecine civile par les médecins militaires, sans d'ailleurs, réclamer pour le cas particulier l'intervention directe de qui que ce soit. Si à ce moment j'avais eu un but bien déterminé, et des intentions bien arrêtées, je me serais certainement adressé au syndicat pour réclamer son intervention immédiate.

Mais je dois avouer que l'idée du Syndicat ne m'était pas venue un seul instant à la pensée et que je l'avais quelque peu oublié, n'ayant assisté depuis plusieurs années qu'à une seule de ses réunions et par suite peu au courant de ce qui s'y passait.

Prenant prétexte de cet avis, qui ne lui était ni adressé ni destiné, M. le Dr Lardier déclare dans sa lettre que son devoir était de retenir ce cas et de s'en occuper, ce qu'il fit en écrivant au Directeur départemental des contributions.

Sans aller plus loin, je trouve que la conclusion est un peu leste et je crois qu'à ce moment M. le Dr Lardier avait tout d'abord le devoir de me prévenir de ses intentions avant d'écrire à qui que ce soit et de me demander si j'entendais m'associer aux démarches qu'il allait tenter au nom du Syndicat, en prenant pour base l'avis cueilli dans le *Concours médical.* Qu'ultérieurement j'aie répondu à une dénégation opposée à la demande de M. le Dr Lardier par le fonctionnaire des contributions, par une affirmation adressée cette fois directement au Président du Syndicat, je ne le conteste pas. C'était mon devoir de maintenir, en dépit de toutes les dénégations, que l'avis, dont on s'était emparé, et auquel je n'attribuais aucune portée pratique, était quelque peu fondé.

Mais, quoi qu'il en soit, cela n'infirme en rien l'exactitude du point de départ primitif, tel que je viens de le préciser. Je ne suivrai pas M. le docteur Lardier pas à pas dans son exposé. Il me permettra toutefois de trouver qu'il a fait preuve dans sa lettre d'une passion que ne comportait certes pas l'affaire et même en maints passages d'une discourtoisie d'expression qui dénote un manque de calme et de sang-froid dans l'appréciation des faits et ne me paraît rien avoir de commun avec la confraternité syndicale. La polémique qui vise à l'outrage n'a jamais été à ma connaissance qu'un signe d'emportement, et je ne sache pas que violence d'expression signifie justesse d'appréciation.

M. le docteur Lardier me permettra encore de trouver qu'avant de faire un exposé public quelconque, il eût été logique et rationnel d'attendre des explications qu'il me savait disposé à fournir, explications simplement ébauchées par une lettre et qui devaient éclaircir certains côtés de la question. Or la lettre de M. le docteur Lardier au *Concours* est du 19 août, alors qu'il me convoquait pour le 5 septembre seulement, date de la réunion d'Epinal.

M. le président du syndicat me permettra, en outre, de lui faire observer qu'il a passé très brièvement sur ce que j'appellerai les circonstances atténuantes, et sur une explication qui a son importance. Dans sa lettre il me reproche de virer de bord avec une certaine légèreté d'évolution et d'avoir dit noir après avoir dit blanc.

Il voudra cependant bien reconnaître que, mieux et plus exactement renseigné, on a toujours le droit d'atténuer ou de rectifier des déclarations ou des appréciations antérieures. C'est ce que j'avais fait bien avant l'apposition de ma signature au bas du factum cause de tout l'incident, et ce alors que j'ignorais complètement où en était l'affaire. Il voudra bien convenir en outre que par une lettre à lui spécialement et immédiatement adressée, je lui mandais que l'apposition de ma signature au bas du factum incriminé ne signifiait pas que j'en approuvais tous les termes ni que j'infirmais d'une manière absolue des affirmations antérieures, mais indiquait qu'en présence des déclarations et engagements très catégoriques de l'intéressé, je n'avais pas cru pouvoir refuser ma signature, mû par une pensée de conciliation.

Passons, et pour finir admettons que j'ai *mérité* le reproche de légèreté. Mais alors, M. le docteur Lardier me dira-t-il de quelle façon je dois qualifier l'incroyable procédé qui vient seulement de m'être révélé avant-hier 25 courant, puisqu'en cette affaire je devais toujours être le dernier renseigné.

A quel sentiment a-t-il obéi, ou à quelle insinuation malsaine a-t-il cédé en adressant sa lettre du 19 août à des pharmaciens de la localité, étrangers au syndicat? Que peuvent avoir à démêler les pharmaciens en cette affaire, et qu'y a-t-il de commun, au cas particulier, entre eux et le syndicat médical des Vosges? Si c'est par amour pour sa prose, c'est véritablement pousser un peu loin l'amour de ses enfants. Si c'est dans le but de jeter sur moi la déconsidération, et vraiment il n'y a pas de quoi, oh alors, je proteste de toute mon énergie contre une manœuvre dont je m'abstiendrai de qualifier le caractère, et je demanderai à M. le président du syndicat si c'est toujours la confraternité syndicale, telle qu'elle résulte des considérants inscrits en tête des statuts de l'Association, et s'il a conscience de n'avoir fait que son devoir? A-t-il donc reçu en même temps que le titre de président du Syndicat une férule avec pleins pouvoirs d'en user au gré de sa fougue et de son tempérament? Je ne sache pas qu'il soit d'usage dans les sociétés syndicales du genre de la nôtre d'associer les étrangers à des débats intimes, d'aller réclamer à domicile une approbation ou une improbation pour ou contre un membre de l'Association, si coupable même qu'on puisse le supposer.

Je termine ma réponse déjà trop longue, mais qui était nécessaire, pour préciser certains points, et faire observer à qui de droit qu'avant de se montrer ardent et prompt à morigéner autrui, il conviendrait de démontrer et d'établir s'il est utile pour le bien d'une société de le faire dans une forme discourtoise, violente ou passionnée.

Veuillez agréer, M. le Directeur et très honoré confrère, l'assurance de toute ma considération.

Dr Rousselot,
Officier d'Académie.

Pour clore ce débat, nous avons communiqué la lettre de M. Rousselot à M. Lardier ; voici sa réponse :

« Monsieur le Docteur Rousselot n'hésite pas à avouer que la relation des faits que j'ai cités dans ma lettre du 25 août est exacte. C'est à l'instigation du docteur Rousselot, que le bureau de notre Association syndicale a fait les démarches dont j'ai parlé ; c'est le Dr Rousselot qui, après avoir affirmé que le médecin militaire de Saint-Dié faisait très activement de la clientèle, affirme ultérieurement que ce médecin militaire n'en fait pas. Voici le texte de la pièce :

« Nous soussignés, tous docteurs en médecine en « résidence à Saint-Dié (Vosges), ayant eu connais- « sance de l'enquête dirigée contre notre confrère « militaire, M. le Docteur Sibille, nous faisons un « devoir d'informer M. le Directeur des contribu- « tions directes à Epinal que M. Sibille ne fait pas « de clientèle civile, qu'il ne nous a enlevé aucun « malade. Nous n'avons jamais eu à nous plaindre « des procédés de notre confrère qui s'est, au con- « traire, montré toujours obligeant et nous a rendu « service chaque fois que cela lui a été possible.

« Saint-Dié, le 20 juillet 1888. »

Ont signé : MM. les Drs Grollemund, Toussaint, Humblot, Galotte, Noël, de Misbeck et *Rousselot*.

Toutes les explications possibles ne feront pas sortir M. Rousselot de cette impasse. En aucun cas, même en admettant les engagements formels pris par le médecin militaire, en présence de témoins, l'apposition de la signature de M. Rousselot au bas de cet acte ne peut être justifiée.

Président de l'Association Syndicale des médecins des Vosges, mon devoir était de faire connaître au plus tôt aux membres de cette Association les faits qui s'étaient passés. Vous avez bien voulu insérer ma lettre dans le *Concours*. Malgré les explications du Docteur Rousselot, la commission d'initiative de notre syndicat a, dans sa réunion du 5 septembre 1888, blâmé l'attitude et désapprouvé la conduite du Dr Rousselot dans cette affaire. Elle a enregistré les regrets qu'il a formulés à cette occasion, en lui demandant de renouveler l'expression de ces regrets devant les confrères réunis en Assemblée générale le 15 septembre 1888, à Saint-Dié. Le Docteur Rousselot s'est incliné. A l'assemblée générale, les membres présents (40 environ), *ont voté*, A L'UNANIMITÉ *les conclusions adoptées par la commission d'initiative*, et dégagé du même coup la responsabilité du Bureau qui n'a poursuivi laborieusement cette malheureuse affaire que sur les instances de notre confrère.

Je me félicite d'avoir, dès la première heure, dégagé la responsabilité de notre Association. Je l'ai fait sans fougue, ni passion ; je n'ai manqué ni de sang-froid, ni de courtoisie.

Pour ce qui regarde, dans la lettre du Dr Rousselot, le trait final que notre confrère me décoche, le trait porte à faux et ne m'atteint pas. Je n'ai aucune relation avec MM. les pharmaciens de Saint-Dié. Je déclare ne pas leur avoir adressé ma lettre, qui était tombée dans le domaine public. Je me suis montré bon confrère, car M. le Dr Rousselot m'a remercié, à l'issue de notre réunion générale de Saint-Dié, des ménagements et de la courtoisie que j'avais mis à faire l'exposé de son affaire.

En somme, nos collègues réunis ont approuvé la conduite du Bureau de notre Association syndicale. Notre justification est là.

Rambervillers, 4 octobre 1888.

Dr LARDIER.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Constatation des décès.

Très honoré Confrère,

Il y a quelques années la presse médicale s'occupa du secret professionnel dans ses rapports avec les déclarations de décès. Beaucoup de papier fut noirci : j'émis alors une idée qui eut le sort de bien d'autres.

Ce souvenir a été ravivé dernièrement par une demande de recherches des décès constatés en 1887 dans mon arrondissement, pour contribuer à la constitution d'une géographie médicale, essai entrepris par M. l'Inspecteur principal de l'Hygiène publique dans la circonscription de la Faculté de Montpellier.

Je soumets à mes confrères du *Concours* l'idée suivante en les priant de consigner leurs objections dans le journal :

1° Le secrétaire de mairie qui reçoit les déclarations de décès pose aux déclarants la question suivante : Quel est le dernier médecin qui a vu le défunt ? et note ce nom à côté des autres indications du décès. Si le malade est mort sans médecin, le secrétaire inscrit la cause probable de la mort d'après les renseignements plus ou moins exacts des déclarants.

2° Tous les trois mois, le maire de la commune adresse à chacun des médecins qui ont eu à soigner les décédés, une double fiche sur un côté de laquelle sont indiqués les noms des défunts et la date des décès ; l'autre côté de la fiche est laissé en blanc.

3° Le médecin inscrit sur ce blanc les différentes maladies auxquelles les décédés soignés par lui ont succombé et envoie au maire ce second côté de la fiche, en gardant par devers lui l'état nominatif du premier.

Ainsi, peu de paperasses ; respect du secret professionnel et facilité, à la fin de l'année, de dresser une statistique générale à peu près exacte.

Dr CAMBASSÉDÈS,
Médecin des épidémies de l'arrondissement du Vigan (Gard).

— Nous publions votre note et nous vous faisons observer que votre façon de procéder est compliquée. Le médecin, la plupart du temps, ne renverra pas les fiches, le secrétaire de la mairie faussera les statistiques avec des diagnostics absolument fantaisistes, vous n'aurez pas atteint votre but.

Nous préférons le mode de constatation pratiqué dans nombre de départements : on ne délivre de permis d'inhumer que sur le vu du certificat de décès, payé par la famille au médecin traitant, et s'il s'agit d'un indigent, délivré gratuitement.

Le médecin met sous enveloppe son bulletin, et le secrétaire de la mairie, par instruction préfectorale, est astreint, lui aussi, au secret professionnel. Il a une feuille où est indiquée la teneur du certificat, à l'exception des noms et du domicile, laquelle constitue la statistique locale.

A. C.

Règlement d'honoraires médico-légaux.

MINISTÈRE DE LA JUSTICE — Direction des affaires criminelles et des grâces. — Mois de décembre 1888

4e BUREAU — N° 2157 — Département de Seine-et-Oise — Arrondissement de Pontoise

Paris, le 20 juillet 1888.

Le Garde des Sceaux, Ministre de la Justice, communique à Monsieur le Procureur Général près la Cour d'appel de Paris le résultat de la vérification du mémoire fourni le 3 décembre 1887 par M. X. médecin à N. et le prie d'inviter ce médecin à verser dans la caisse du trésorier-payeur général du département ou du receveur particulier de l'arrondissement la somme de 9 fr. qui lui a été indûment payée.

Articles du mémoire 1 à 3 :

Observations. Réclamé, à chacun de ces articles, deux visites, dont une pour le rapport, soit de ce chef trois visites supplémentaires.

Taxe allouée 9 fr. due, rien à verser.

Le prix du rapport est compris dans le droit alloué pour la visite, et ne donne droit à aucune autre allocation.

(Art. 17 du décret de 1811.)

Explications fournies par la partie prenante.

Je ferai observer que, pour la prestation de serment, je dois me rendre au Palais de justice (1 vacation), puis j'examine et fais mon rapport (1 vacation), total deux vacations pour chaque opération.

26 juillet 1888. X.

Avis du procureur de la République. — Il est incontestable que le prix du rapport est compris dans le droit alloué pour la visite et ne donne droit à aucune allocation spéciale.

Mais on peut faire observer que le médecin, en ne prenant qu'un total de 6 francs pour :1° une prestation de serment au Palais de Justice, 2° l'examen dans son cabinet d'une enfant victime d'un viol, 3° le rapport à la suite de cette visite, n'a pas pris d'honoraires exagérés.

N., 28 août 1888.

Signé : Thévenin.

Avis du procureur général.

Avis conforme,
31 Août 1888.

P. le Procureur Général,
Signé : *Illisible*.

Décision de la Chancellerie : Le Décret du 18 juin 1811 (Art. 17) n'allouant qu'une seule vacation pour la visite et le rapport, et le Dr Bibard ayant perçu deux vacations à l'occasion de chacun des 3 examens inscrits sous les nos 1, 2 et 3 de son mémoire, cet homme de l'art devra être invité à reverser au Trésor la somme de 9 fr., montant des 3 vacations qu'il a indûment perçues, et à nous faire parvenir, par l'intermédiaire du Parquet, le récépissé qui lui aura été délivré dans la forme réglementaire.

Il conviendra de rappeler à cette occasion, à la partie versante, que la formalité de la prestation de serment ne donne droit à aucune vacation.

Paris, le 22 septembre 1888.

Le Garde des Sceaux, Ministre de la Justice et des Cultes.

Par autorisation.

Le Conseiller d'Etat, Directeur des affaires civiles et des sceaux.

Signé : Bard.

Explications fournies par la partie prenante : La décision ci-contre de la Chancellerie ne me fera jamais admettre qu'il soit légal de déranger un médecin sans lui payer les honoraires de ce dérangement. Or, quand je vais au Palais de justice prêter serment et recevoir les renseignements que le dossier peut me donner, j'emploie mon temps, sans le consacrer à la visite ou au rapport. Je prétends donc avoir le droit d'être rémunéré pour ce service, que du reste je ne rendrai plus à l'avenir.

N., le 29 septembre 1888.

Signé Dr. X.

Caisse des Pensions de retraite du Corps médical français.

« On pourrait diviser les médecins en trois catégories : les jeunes, les poivre-et-sel et les vieux. Je vais m'adresser spécialement aux jeunes ; mais les poivre et sel feront bien de m'écouter avec attention. Je dirai donc aux jeunes : vous deviendrez vieux, vous n'y pensez pas, cela viendra pourtant, et je le désire de tout cœur ; avec l'âge vos besoins augmenteront, et vos ressources diminueront en même temps que le travail. Que ferez-vous, si vous n'avez point de fortune personnelle ? Car en amasser une en faisant de la médecine est chose si rare, si rare ! Vous trimerez — passez-moi l'expression, c'est un terme de gueux, mais qui rend bien ma pensée — par tous les temps, par tous les lieux, le jour et la nuit, si vos rhumatismes, vos infirmités vous le permettent, pour aboutir à quoi... ? A joindre misérablement les deux bouts de l'année, et souvent à demander une pension à la Société de secours mutuels, qui, naturellement, se fera tirer l'oreille pour vous la donner. Ne vaut-il pas mieux, dès maintenant, prendre vos précautions pour avoir une retraite de *droit*, sûre, certaine et presque suffisante, lorsque vos soixante ans auront sonné ?

Il faut si peu pour cela ! Mettre de côté 0 fr. 27 par jour — ce n'est pas même le prix d'un londrès — pour avoir 1,200 fr. par an à soixante ans. Quel est le médecin de vingt-cinq ans qui ne peut le faire ? Il est insensé, celui qui ne le veut pas !

Quel est aussi le praticien de trente ans à qui il est impossible de donner 0 f. 36 par jour, et celui de trente-cinq ans à qui les circonstances ne permettent pas de mettre 0 fr. 48 par jour de côté dans un coin de son cabinet ?

0 fr. 27 à vingt-cinq ans, 0 fr. 36 à trente, 0 fr. 48 à trente-cinq, 0 fr. 67 à quarante, 1 fr. à quarante-cinq, par jour, pour obtenir une pension annuelle de 1,200 fr., et on hésite !...

(Extrait d'un rapport du Dr Maussire, secrétaire du syndicat de la Haute-Saône).

Recouvrement des honoraires et prescription.

« Une cliente me devait une note d'honoraires de 170 fr. Sur cette note, un de ses neveux m'avait de sa part remis 100 fr. Ne pouvant obtenir le paiement du surplus, j'envoie une citation, j'obtiens un jugement par défaut ; mais le mandataire de ma cliente

me prévient *par lettre* qu'on fera opposition au jugement et qu'on invoquera la prescription, *attendu que le neveu de ma cliente m'a certainement payé.*

J'écris alors à celui-ci et j'obtiens, non sans peine, une déclaration qu'en effet il m'a seulement payé 100 fr.

Opposition est faite au jugement et le mandataire de ma cliente vient affirmer qu'on ne me doit rien, que j'ai depuis longtemps été payé par le neveu de cette personne, et qu'en conséquence elle invoque la prescription.

Je produis alors la lettre du neveu, lettre établissant la situation et faisant obstacle à la prescription d'après Briant et Chaudé ; malgré cela et d'autres preuves non moins évidentes de mauvaise foi, le juge de paix admet la prescription et me condamne aux frais.

Cette décision est-elle légale, et comment puis-je la faire réformer ?

Ceci s'est passé devant le juge de paix du canton de Perreuse (Loire). Dr M.

Le 23 septembre 1888.

Réponse.

La décision du juge de paix est conforme à la jurisprudence de la Cour de cassation, qui a décidé par divers arrêts en date des 29 novembre 1837, 7 novembre 1861, 7 janvier 1861 et 27 janvier 1881 que la présomption de paiement résultant de la prescription annale établie par l'article 2272 du Code Civil, ne peut être combattue par la preuve contraire. Le médecin auquel est opposée cette prescription n'a d'autre ressource que la délation de serment stipulée par l'article 2275, sans pouvoir néanmoins obliger le débiteur qui l'oppose à comparaître en personne à l'audience.

La prescription ne peut être interrompue que par une reconnaissance émanant du débiteur. Dans l'espèce la lettre du neveu ne vaut que comme preuve testimoniale et n'a pu être admise par le juge de paix. On ne peut donc espérer que la Cour de cassation réformerait la décision de ce dernier. Le droit ne s'accorde pas toujours avec l'équité !

Le conseil judiciaire,
LORDEREAU, avocat, 17, rue d'Enghien.

RENSEIGNEMENTS THÉRAPEUTIQUES

L'uréthane.

L'uréthane, qui, même à dose élevée, ne produit aucun effet toxique, est un hypnotique qui s'adresse spécialement à l'insomnie nerveuse et à celle des cardialgies. Mais, dépourvu de propriétés anesthésiques et analgésiques, s'il est le médicament de l'insomnie, il ne l'est en aucune manière de la douleur ; aussi est-il impuissant pour combattre l'insomnie qui accompagne la douleur.

Le *mécanisme de l'action de l'uréthane* est inconnu dans son essence. On sait que ce corps porte son action sur le cerveau, mais on ne sait pas de quelle manière. Produit-il le sommeil en ischémiant l'encéphale ? On n'en sait rien.

MODES D'ADMINISTRATION ET DOSES. — L'administration de l'uréthane est facile. Soluble dans l'eau, on le donne en potions :

Uréthane	4	grammes
Sirop de fleurs d'oranger, de menthe ou de laurier-cerise	30	—
Eau	100	—

On peut également faire une solution que l'on fait prendre par 3 ou 4 cuillerées à bouche dans un peu d'eau aromatisée :

Uréthane	15	grammes.
Eau	250	—

La dose à employer chez l'adulte en *une seule fois* est de 3 à 4 grammes ; chez l'enfant, la dose doit être moindre et calculée suivant l'âge. Chez un enfant d'un an, on pourrait prescrire 0 gr. 20 ; chez un enfant de six à huit ans, de 1 à 2 grammes.

Dr DEBIERRE.

(*Nouveaux Remèdes.*)

NOUVELLES

HÔPITAL A DAX POUR LES ENFANTS ASSISTÉS. — L'incendie récent de l'établissement de *Salies* a appelé l'attention sur notre station au point de vue de l'utilisation médicale de nos importantes salines. Aussi l'administration des enfants assistés de Bordeaux a-t-elle résolu d'envoyer à Dax les malades qu'elle adressait jadis à nos voisins. Les Thermes, toujours prêts à coopérer à toute œuvre pouvant faire ressortir nos ressources hydro-minérales, n'ont pas hésité à s'imposer la création d'un petit hospice thermal dans un bâtiment annexe construit à cet effet et qui remplit tous les desiderata de l'hygiène de l'enfance : dortoirs divisés, réfectoire, jardin particulier, service balnéaire complet et séparé, tout a été aménagé avec autant de science que de pratique.

Les délégués de l'administration des hôpitaux de Bordeaux, MM. Lanusse, Delpech et les docteurs Négrié et Piéchaud, médecins des hôpitaux, sont venus inspecter les dispositions adoptées pour répondre aux exigences de cette médication nouvelle et ils ont témoigné leur satisfaction à la Société des Thermes.

Ce petit hospice thermal qui, nous l'espérons, rendra les plus grands services, a pour médecins MM. les docteurs Barthe de Sandfort, et Albert Laranza, médecins des Thermes, dont M. le Dr *Delmas* (de Bordeaux) préside la Société.

— Sur la proposition du Comité consultatif d'hygiène publique de France, le ministre du commerce et de l'industrie a décerné les récompenses suivantes aux médecins qui se sont distingués par leur participation dévouée aux travaux des Conseils d'hygiène publique et de salubrité pendant les années 1884 et 1885. Nous soulignons les noms des membres du *Concours*.

Médailles d'or. — MM. les Drs Arnould (de Lille) et *Gibert (du Havre)*.

Médailles de vermeil. — MM. les Drs Bancel (de Melun), Chartier (de Nantes) et Paris (de Versailles).

Médailles d'argent. — MM. les Drs Bertin-Sans (de Montpellier), Jablonski (de Poitiers) et Liétard (de Remiremont).

Médailles de bronze. — MM. les Drs Pujos (d'Auch), Grellet (de Menat), *Lécuyer (de Beaurieux)*, Gounand (de Besançon), L'huissier (de Rennes), Marfan (de Castelnaudary) et *de Font-Réaux (de Saint-Junien)*.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU CONCOURS MÉDICAL

M. le Docteur HERCK, à Akbou-Algérie, présenté par le Docteur Custand d'Akbou.

M. le Docteur DROUAULT, à Mirabeau (Vienne), présenté par le Docteur Maurat, de Chantilly.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise).— Imp. DAIX frères, place St-André, 3.

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE ANNUELLE

DE LA

SOCIÉTÉ DU CONCOURS MÉDICAL

ET DE

L'UNION DES SYNDICATS.

Chers confrères,

La *Société du Concours médical* est en relations constantes avec ses adhérents par le journal et l'*Union des Syndicats*, avec tous les Associés, par le *Bulletin des Syndicats*. L'échange de vues et de bons offices est, par conséquent, incessant.

Mais il faut qu'une fois au moins par année un contact plus intime puisse s'établir parmi nous. Tel est le but de nos Assemblées générales et du Banquet qui les suit. Votre présence consacre ainsi les actes accomplis, et les discussions et les propositions faites en Assemblée ont plus de chances d'aboutir.

Nous avons, cette année, comme les précédentes, des questions très intéressantes à vous soumettre.

Le *Conseil de Direction* du Concours et le *Bureau de l'Union* attachent le plus grand prix à votre présence à nos réunions. Ils vous prient de prendre, dès ce moment, vos dispositions pour venir faire connaissance ou pour la renouveler avec des confrères qui, l'année tout entière, se sont préoccupés de vos intérêts.

Venir, c'est nous encourager à servir la profession encore mieux que nous n'avons pu le faire jusqu'ici : vos conseils seront écoutés, vos vœux seront mis à exécution.

L'*Assemblée* aura lieu à deux heures précises, le *Dimanche* 4 novembre, dans les salons du Grand-Hôtel, boulevard des Capucines, et le banquet à 6 heures 1/2.

Nous espérons que l'Assemblée sera nombreuse et qu'elle accomplira sa tâche annuelle à votre satisfaction. Veuillez nous informer de votre intention d'assister au *Banquet* en vue des dispositions que comporte le repas. Si vous êtes empêché, prière de nous transmettre de suite le texte des propositions que vous voudriez soumettre à l'Assemblée.

Le Directeur,
A. CÉZILLY.

LA SEMAINE MÉDICALE

Diabète et paludisme (1).

M. *Verneuil*. — « M. Bouchard a présenté, à la dernière séance, un travail de M. Mossé sur la glycosurie chez les *impaludiques*, et il a rappelé à ce propos la communication que j'ai faite ici, en 1881, sur ce sujet et dans laquelle je déclarai que le dia-

(1) Académie de médecine, 9 octobre.

bète était fréquent chez tous les malades atteints de fièvres pernicieuses.

Un médecin militaire, M. Sorel, qui connaissait très bien l'Algérie, écrivit, à ce moment, que j'avais dû être trompé par une simple coïncidence. M. Mossé a rassemblé, de son côté, de nombreuses observations et est arrivé à des conclusions conformes à celles de M. Sorel. Je restai donc seul de mon avis.

Mais, depuis cette époque, j'ai eu l'occasion, à diverses reprises, d'observer des employés du canal de Panama qui étaient glycosuriques, et j'appris, d'un autre côté, que M. Charles Blanc, qui exerce à Bombay, a remarqué que le paludisme était très souvent suivi de diabète.

Je me suis demandé pourquoi il y avait, d'un pays à un autre, d'aussi grandes différences. Dans les pays chauds, où l'hépatisme est endémique, on a beaucoup de chances de voir le paludisme occasionner le diabète. En Tunisie, c'est l'acide oxalique qu'on trouve le plus souvent dans les urines des paludiques et les calculs d'oxalate de chaux y sont très fréquents.

Je crois donc, étant données toutes ces différences, qu'il serait bon, avant de se prononcer définitivement, de faire une étude approfondie de la question dans toutes les parties du globe. »

Des conditions démographiques de la diminution et de l'accroissement des familles.

M. *Lagneau* continue ses savantes recherches statistiques sur la population française. Durand, Doubleday, Alph. de Candolle, Benoiston de Châteauneuf, H. Passy, Littré, ont constaté que la plupart des familles nobles ou bourgeoises disparaissent promptement, cessent de se perpétuer après quelques siècles d'existence. Lainé, en 1846, n'aurait trouvé que 12 descendants de 314 familles du douzième siècle. 380 familles nobles, selon Benoiston de Châteauneuf, auraient eu une durée de 300 ans.

Dans une petite commune d'environ 800 âmes, rapprochant les noms portés sur un registre de 1555 des noms inscrits actuellement sur les listes électorales, il n'en subsiste plus que 14, soit 11 %. Les familles d'ouvriers décroissent donc comme les familles nobles ou bourgeoises.

« Sachant qu'au commencement de ce siècle on comptait 4 enfants (4.14) par mariage et qu'actuellement on n'en compte pas 3 (2.97), j'ai cherché à évaluer l'accroissement ou la diminution des familles suivant qu'elles ont une moyenne de 4 ou de 3 enfants. Dans ce but, je tiens compte successivement de la durée moyenne d'une génération depuis la naissance du père jusqu'à celle du fils, soit environ 31 ans ; de la fréquence des mariages stériles par rapport au mariage en général, soit un minimum de 13 sur 100 ; de la proportion des sexes des enfants, soit 105 garçons pour 100 filles ; de la mortalité des garçons de la naissance à 28 ans, âge moyen lors du mariage, soit environ 40 décédés sur 100 ; enfin de la proportion des garçons de plus de 28 ans morts sans s'être mariés, soit 6 décédés sur 100 nés. Je constate ainsi que 100 familles ayant 400 enfants, soit 4 enfants par mariage, aux huitième, neuvième et quinzième générations, après 217, 341, 434 ans, ont une fois, près de trois et quatre fois plus de garçons contractant mariage, soit 201, 295 et 392 garçons mariés, au lieu de 100 à la première génération.

Au contraire, pour les familles n'ayant que 3 enfants par ménage, je constate combien est rapide la décroissance de la descendance masculine.

Sur 100 familles ayant 300 enfants à la cinquième génération, après 124 ans, plus de la moitié n'ont plus de descendance masculine, 49 garçons seulement contractent mariage. A la septième génération, après 186 ans, près de deux tiers de ces 100 familles n'ont plus de descendance masculine, 34 garçons seulement contractant mariage. A la neuvième génération, après 248 ans, les descendants

FEUILLETON

Honoraires médicaux.

Règles à suivre dans les rapports avec les clients, avec les Sociétés de Secours mutuels, avec les bureaux de Bienfaisance, etc... (1.)
(Suite).

J'en ai fini momentanément avec la médecine gratuite, pour y revenir incidemment plus tard, et l'aborde, comme je vous l'avais annoncé dès le début, *la clientèle payante.*

Il ne m'avait pas fallu une longue pratique des hommes, pour m'apercevoir que les malades, à de rares exceptions près, n'ont nul souci de notre repos, et qu'ils acceptent comme une chose naturelle que leur heure doit toujours être celle du médecin.

C'est avec de telles habitudes d'esprit que le public nous surmène, en nous mettant dans un continuel mouvement de va et vient pour satisfaire ses caprices.

(1) Assemblée de l'Association de prévoyance et de secours mutuels des médecins de l'Oise (5 août 1888).

Impatientés de ces exigences répétées, et voulant à la fin vous appartenir pour quelques heures, combien de fois ne vous est-il pas arrivé, mes chers confrères, de refuser d'aller l'après-midi dans une localité plus ou moins éloignée où vous vous étiez déjà rendus le matin pour un autre malade. Votre refus semble motivé par cette circonstance que le client qui vous appelle pouvait le faire plus tôt et vous aurait évité de la sorte une course inutile et une perte de temps considérable.

Vous refusez avec d'autant plus d'énergie que cette personne est coutumière du fait, et qu'elle s'entête, malgré vos objurgations, à toujours vous demander en dehors des heures où vous avez l'habitude de faire vos visites dans la localité.

Vous avez refusé, et vous avez bien fait, à ne consulter que votre esprit d'indépendance ; mais avez-vous songé que vos intérêts vont peut-être en souffrir ? Qui vous dit que votre client, bon payeur d'ailleurs, ne va pas se formaliser de votre absence et vous remplacer définitivement par un confrère ?

Souvent aussi, faisant contre fortune bon cœur, vous êtes partis, mais en maugréant contre l'intrus

mâles transmettant le nom paternel ne représentent plus que le quart, 25 sur 100 des familles primitives. Enfin, à la quinzième génération, après 434 ans, les neuf dixièmes dans 100 familles n'ont plus de descendance masculine.

Telle est la rapide diminution des familles ayant en moyenne trois enfants par ménage, proportion actuelle de la natalité légitime en France.

Donc, si notre population s'accroît annuellement encore quelque peu d'environ 3 0/00 habitants, ce minime accroissement tient d'une part à la natalité illégitime, de 7 à 8 enfants naturels sur 100 enfants en général; d'autre part, à l'immigration de près de 8 étrangers sur 100 habitants.

M. *Javal* dit qu'il y a, dans la communication de M. Lagneau, une erreur imputable à M. Bertillon. Les choses se passent dans le département de la Seine, dit M. Bertillon, comme si les familles prenaient la résolution d'avoir au moins un garçon, c'est pourquoi le nombre des familles qui ont 2, 3, 4 ou 5 enfants décroît en proportion géométrique ; c'est pourquoi aussi, ajoute-t-il, le nombre des garçons est plus considérable que celui des filles. Cette assertion a été faite également à la Chambre des députés ; mais il me semble que le désir des parents de procréer des garçons n'influe en rien sur le nombre de ces derniers, attendu que le premier né peut être aussi bien une fille et, dans ce cas, les parents continuent ; si le second est également une fille, ils continuent encore, et ainsi de suite ; cela ne peut donc influer en rien sur le nombre des garçons, au contraire.

M. *Lagneau* est de l'avis de M. Javal, et cela n'a pas été remarqué seulement pour le département de la Seine, mais aussi dans tous les autres pays ; le fait a été signalé au congrès d'Amsterdam en particulier. C'est justement parce que les parents s'arrêtent dès qu'ils ont procréé un garçon, qu'il y a plus de garçons que de filles.

— Mais non, réplique M. Javal, c'est précisément là qu'est l'erreur, et le nombre plus considérable de garçons ne dépend que de la plus grande quantité de ces derniers parmi les premiers-nés.

La pleurésie hémorrhagique primitive (1).

En dehors des pleurésies hémorrhagiques symptomatiques du cancer ou d'autres affections du poumon, il en existe une variété où l'exsudat est d'emblée sanguinolent par suite de l'intensité du processus inflammatoire. Cette pleurésie hémorrhagique primitive fibrineuse a été étudiée avec soin il y a une douzaine d'années par M. R. Moutard-Martin.

La pleurésie hémorrhagique peut encore résulter de la rupture des vaisseaux qui se trouvent dans des néo-membranes (hématôme de la plèvre). Cette distinction avait déjà été posée par Laënnec.

La pleurésie hémorrhagique fibrineuse primitive est susceptible d'une guérison rapide après une seule ponction, ainsi que le prouve l'observation recueillie par M. *Troisier*, d'un homme de 24 ans qui fut pris brusquement d'une pleurésie droite, avec symptômes généraux d'infection : hyperthermie, adynamie, albuminurie, sueurs abondantes et extrême dyspnée. La thoracentèse enleva un litre d'épanchement sanguinolent riche en fibrine. Trois semaines après, la guérison était complète et ne s'est pas démentie depuis deux ans et demi. Cette dernière particularité peut faire penser que la tuberculose n'était pas la cause de cette pleurésie.

M. Féréol a cité à ce propos une observation dans laquelle, au cours d'une cirrhose avec ascite, survint une pleurésie gauche hémorrhagique. Le liquide était rouge, mais on n'y trouva pas d'hématies. Après deux ponctions l'épanchement ne se reproduisit plus. Le malade a d'ailleurs guéri de sa cirrhose, car, depuis trois ans, il vit encore, tout cachectisé qu'il est. Comment expliquer cette pleurésie gauche hé-

(1) Société médicale des hôpitaux. (12 octobre).

qui vous oblige sans nécessité à recommencer le même parcours. Si encore, pensez-vous alors, il vous payait des honoraires en rapport avec la gêne qu'il vous occasionne, et qui est bien plus considérable que si vous l'aviez visité en même temps que vos autres clients. Mais non, c'est la même rémunération pour un travail plus grand.

Aussi, si j'en juge par ce qui m'arrivait autrefois, vous vous présentez à votre client dans une disposition d'esprit tout autre que si c'eût été le matin, et vous ne manquez pas de lui en faire un reproche, plus ou moins direct, suivant votre tempérament. Et voilà un second client qui est bien près de vous quitter à son tour !

Tous ces inconvénients n'auraient pas existé si vous vous étiez pénétrés de cette vérité que la rémunération doit toujours être en rapport avec le travail. Or le travail que vous occasionne une visite demandée dans l'après-midi, alors que votre clientèle est faite, est évidemment plus grand que celui que vous aurait occasionné cette même visite, si vous l'aviez faite le matin en même temps que toutes les autres.

C'est sur ce principe que j'ai basé, il y a dix ans déjà, ma manière de faire à l'égard de ma clientèle payante, la faisant accepter ensuite aux sociétés de secours mutuels et aux bureaux de bienfaisance.

J'avais eu beau, auparavant, avertir ma clientèle, sous mille formes différentes, de venir me chercher avant une certaine heure du matin, si elle voulait être servie avec promptitude, mes recommandations étaient toujours restées vaines ; autant en emportait le vent, et elle continuait à venir me chercher à toute heure de la journée, ne me laissant pour ainsi dire aucun moment pour moi et pour les miens.

Pourquoi se serait-elle d'ailleurs gênée avec moi, puisque j'avais la bonté de lui faire payer le même prix, dérangé peu ou beaucoup.

Il fallait en finir, si je voulais avoir chaque jour quelques heures de liberté.

Ce que n'avait pu faire la persuasion, l'intérêt le produirait peut-être.

Partant de cette idée, je me suis mis alors à servir ma clientèle avec un entrain qui ne se démentit pas un instant, quelle que fût l'heure de la journée, en recommandant toutefois soit par moi-

morrhagique post-ascitique? Peut-être par des troubles circulatoires collatéraux des veines du thorax.

M. R. Moutard-Martin a décrit plusieurs cas de pleurésie hémorrhagique au cours d'ascites. La cause en est alors dans les ruptures de vaisseaux des néo-membranes. Mais cet observateur n'a jamais pu trouver d'autopsie de pleurésie fibrineuse hémorrhagique. Les malades guérissent probablement toujours. Il est donc difficile de rien affirmer au point de vue anatomo-pathologique dans ces cas.

Les folliculites décalvantes.

Il existe un groupe d'états dermopathiques qui ont pour trait commun une alopécie irrémédiable et rapide ; M. *Brocq*, si compétent en dermatologie, leur a consacré une récente note à la Société des hôpitaux.

Le processus comprend: 1° une inflammation folliculaire et péri-folliculaire ; 2° la destruction de la papille, qui explique l'alopécie ; 3° la formation d'un tissu d'apparence cicatricielle; 4° la tendance des lésions à se grouper systématiquement.

Trois variétés cliniques se dégagent :

1° La *pseudo-pelade*, décrite en 1885 par M. Brocq : l'inflammation folliculaire et périfolliculaire est modérée ; rougeur, simple tuméfaction du cuir chevelu, qui, après l'alopécie, est d'un blanc mat ; l'apparence cicatricielle est nulle ou à peine marquée.

2° L'affection décrite par M. Quinquaud, où des folliculites distinctes, mais discrètes, laissent une cicatrice lisse et souple.

3° Le *sycosis lupoïde* : les groupes de follicules enflammés forment une masse d'abord rouge, puis pustuleuse, croûteuse et squameuse ; la lésion s'étend à la périphérie, laissant au centre un tissu cicatriciel assez irrégulier et induré, revêtant quelquefois même l'aspect d'une kéloïde.

On appelle en France et notamment à l'hôpital Saint-Louis acné kéloïdienne ou sycosis kéloïdien de la nuque un état pathologique qui se rattache peut-être à ce groupe.

Traitement des kystes hydatiques du foie.

Malgré les progrès de l'antisepsie qui rendent la laparotomie relativement peu dangereuse, la ponction simple, ou suivie d'injection, paraît à M. Debove préférable dans l'immense majorité des cas de kystes hydatiques. Il cite deux cas récents où la guérison a été obtenue par l'évacuation du liquide kystique suivie d'injection dans la poche de liqueur de Van Swieten ou de solution de sulfate de cuivre à 5 % qui était retirée au bout de quelques minutes. Dans un des cas, un érysipèle qui eut lieu deux jours après la ponction et éleva la température à 39° et 40°,5 a pu contribuer à tuer définitivement les hydatides.

M. Debove préfère le sublimé comme liquide d'injection ; le liquide kystique ayant été évacué complètement par la ponction aspiratrice, on injecte 100 gr. de liqueur de Van Swieten (moins dans les petits kystes) et on retire celle-ci au bout de 10 minutes.

A l'appui de l'action efficace du sublimé, M. Debove cite un cas grave de M. Mesnard (de Bordeaux), des cas de M. Sennett (*Lancet* 1887), de Baecelli (*Reforma medica* 1887) et de Dujardin-Beaumetz. Dans presque tous ces cas, il a suffi de retirer avec une seringue de Pravaz une petite quantité du liquide kystique qu'on remplaçait par la même quantité de solution de sublimé, qui agit alors d'une façon presque spécifique. Mais M. Debove préfère, à cette méthode des ponctions capillaires qui lui paraissent toujours dangereuses, la ponction évacuatrice qui permet, après avoir entraîné une partie des hydatiques de tuer les autres par l'injection de sublimé.

MM. *Troisier* et *Gérin-Roze* ont vu des cas de guérison par une ponction simple, qui se maintien-

---

même, soit par mon personnel, de venir me chercher autant que possible avant 9 heures du matin.

J'avais choisi cette heure un peu tardive à cause de la campagne.

Je divisai mes visites en visites simples et en visites urgentes.

A la fin de l'année, quand je relevai mes comptes d'honoraires, toute visite demandée avant 9 h. du matin, pour être faite, autant que possible, entre cette heure-là et 1 heure de l'après-midi, fut cotée comme une visite simple.

Toutes les autres visites furent considérées comme urgentes. C'est ainsi que la visite de l'après-midi fut surélevée de 1 fr. pour la ville et de 2 fr. pour les communes rurales, jusqu'à 5 kilom. Dans les autres communes plus éloignées, j'ajoutai une demi-visite à la visite simple. J'aurai d'ailleurs à revenir sur les différents prix des visites simples à la ville et à la campagne.

La visite du soir (7 h. à 10 h.) et celle du matin (7 h. à 9 h.) furent doublées, et la visite de nuit triplée.

Les quelques bureaux de bienfaisance dont j'étais le médecin furent traités à cet égard de la même façon que ma clientèle payante.

A la réception de mes premières notes, il y eut bien certaines récriminations, mais qui ne durèrent pas. Je parvenais toujours par de bonnes paroles à calmer les plus difficiles, et je me montrais suffisamment persuasif pour les renvoyer sans trop de mécontentement.

Ils se tenaient seulement pour avertis qu'il ne fallait plus venir à la légère me chercher. Ce qui les consolait, pensaient-ils, c'est qu'ils comptaient bien n'avoir pas besoin souvent de mon intervention en dehors de la matinée, et certes, s'ils avaient su payer plus cher, ils seraient venus l'année précédente, assez matin pour m'avertir avant 9 h., ou bien ils auraient attendu jusqu'au lendemain.

Si, par extraordinaire dans l'avenir, ajoutaient-ils en eux-mêmes, ils avaient besoin de moi à une autre heure, ils pouvaient bien faire le sacrifice de 2 ou de 3 fr. dans un cas urgent, pour avoir la certitude de me voir arriver chez eux au moment voulu.

Et dans la pratique, ils avaient raison de comp-

nent depuis 2 ans et 12 ans ; ils redoutent moins que M. Debove les ponctions exploratrices quand elles sont faites avec les précautions voulues.

M. *Debove* maintient que la ponction exploratrice expose à la péritonite par suite du passage d'une certaine quantité de liquide dans le péritoine.

M. *Cadet de Gassicourt* pense qu'on doit employer un trocart ou une aiguille d'un diamètre suffisant pour permettre de transformer immédiatement la ponction exploratrice en ponction évacuatrice.

Traitement des coliques hépatiques par l'huile d'olive à haute dose.

Le Dr Just Touatre (de la Nouvelle-Orléans), annonçait il y a un an qu'on peut guérir une colique hépatique de la façon suivante : prendre en deux fois, à un quart d'heure d'intervalle, 400 gr. d'huile d'olive pure, se coucher 3 heures sur le côté droit ; dix heures après, les calculs sont évacués.

Avec M. Dupré, son interne, M. *Chauffard*, a expérimenté ce traitement sur quelques femmes arthritiques, obèses et calculeuses de 45 à 60 ans. Ils ont toujours constaté l'amélioration des symptômes, un certain soulagement et l'évacuation au bout de 7 à 8 heures, de concrétions nombreuses, verdâtres, demi-solides, d'un volume variant entre une tête d'épingle et une noix. Mais ces corps ne sont pas des calculs biliaires comme l'ont pensé les premiers observateurs. M. Villejean, professeur agrégé, pharmacien de l'Hôtel-Dieu, a prouvé par l'analyse chimique qu'ils renfermaient très peu de cholestérine et se composaient surtout de graisses neutres et d'acides gras libres. D'ailleurs, un calcul de cholestérine, plongé dans l'huile d'olive, n'y subit point d'altération ; il ne faut donc pas admettre que l'huile d'olive ingérée puisse aller dissoudre les calculs dans les voies biliaires.

Par des expériences sur les animaux MM. Chauffard et Dupré ont vu que l'huile introduite dans l'estomac se retrouve dans l'estomac et l'intestin, mais ne remonte jamais au delà de l'ampoule de Vater dans les voies biliaires pour y produire, comme on l'avait pensé, le ramollissement, l'élongation et l'expulsion des calculs.

Sur le cadavre, quand on injecte dans le duodénum, entre deux ligatures, de l'huile d'olive, que la vésicule soit vide ou à demi-pleine, jamais on ne voit l'huile monter dans les voies biliaires.

Il faut donc renoncer à l'hypothèse émise par M. Touatre d'après laquelle l'huile s'élèverait par capillarité le long des voies biliaires comme dans une mèche.

Et, cependant, le procédé thérapeutique est efficace cliniquement, voilà ce qu'on doit retenir.

Dans une des observations recueillies par M. Chauffard, parmi les concrétions pseudo-calculeuses se trouvaient de vrais calculs de cholestérine. Mais c'était probablement une coïncidence, la purgation huileuse ayant entraîné des calculs en imminence d'expulsion. Cette énorme quantité d'huile est en général très facilement supportée par les malades, à part quelques nausées et un léger effet purgatif.

M. *Renault* ayant demandé si ce traitement serait applicable aux cas de lithiase biliaire avec ictère chronique, M. *Chauffard* répond qu'une observation de M. Hayem et une autre de M. Bucquoy, semblent prouver son utilité, malgré l'impossibilité où sont les ictériques de digérer les matières grasses.

Nouveau traitement des nausées de la grossesse.

Un correspondant du journal anglais *The Lancet* affirme avoir toujours réussi, au moyen d'un seul vésicatoire appliqué sur les quatrième et cinquième vertèbres dorsales, à faire cesser les maux de cœur de la grossesse jusqu'à la fin de la période

---

ter entièrement sur moi. J'hésite d'autant moins à partir et le fais d'autant plus volontiers, qu'on ne vient plus me chercher de la campagne que de loin en loin dans l'après-midi, la ville même remettant le plus souvent au lendemain le soin de me demander, par peur du supplément.

Ne suis-je pas payé du reste suffisamment de mon surcroît de travail par le supplément qui m'est alloué?

Aussi, j'arrive très vite chez mon client, et la physionomie toujours ouverte, tandis qu'autrefois j'y arrivais tard, quand j'y arrivais, et tout en maugréant. Je satisfais ma clientèle, et on me cite partout pour un modèle d'exactitude.

Comme c'est facile, Messieurs, de se montrer exact, quand on ne vient vous déranger, après déjeuner, qu'une fois tous les huit jours, et toujours pour un cas vraiment urgent !

Aujourd'hui cette manière de faire est acceptée sans arrière-pensée par ma clientèle, bien qu'elle n'ait jamais été adoptée par les autres médecins de la ville. Elle vient même de résister à une épreuve très grave, au refus de mes trois jeunes confrères de me suivre dans cette voie. Je n'en ai pas moins persisté dans ma résolution. Il y eut bien, à la faveur de la présence de ces nouveaux confrères, quelques réflexions de la part de certains clients, quelques exigences nouvelles et insolites ; mais tout, à présent, est rentré dans l'ordre, et je continue, comme par le passé, et sans m'être fait sensiblement du tort, à jouir de la plupart de mes après-midis et de mes soirées, grâce à ma méthode de refréner le sans-gêne du client, en le prenant par son côté faible, par l'intérêt.

C'est ce même intérêt qui est la cause de sa fidélité à mon égard, quelque envie qu'il ait eu, au premier abord, de me quitter. Je l'ai habitué, en effet, à peu de visites, et ne lui en fais que le strict nécessaire. Il a une foi entière dans ma réserve, et il craindrait, bien à tort sans doute, en changeant de médecin, de dépenser plus. Ce qu'il a, si peu qu'il vaille, acquiert à ses yeux d'autant plus de valeur qu'il le connaît et le croit ménager de sa bourse.

Dr Leroy (de Noyon).

(*A suivre*).

de la gestation, à quelque moment de cette période qu'il ait été consulté.

MÉDECINE PRATIQUE

Les herpès et la fièvre herpétique.

Herpès de cause locale et de cause générale. — Herpès symptomatiques et fièvre herpétique. — Fièvre herpétique chez la nourrice et chez le nourrisson. — Stomatite herpétique chez les enfants.

Les diverses localisations de ce singulier état pathologique qu'on appelle fièvre herpétique, herpès fébrile, méritent d'être bien connues ; à chaque instant elles s'offrent au médecin et souvent d'une manière insidieuse qui risque fort d'égarer son diagnostic, son pronostic et sa thérapeutique.

I

L'éruption vésiculeuse qu'on est convenu de désigner sous le nom d'herpès est, comme on sait, sous la dépendance d'un grand nombre de causes très différentes ; tantôt il s'agit D'INFLUENCES LOCALES IRRITATIVES sur certains territoires nerveux de la peau (herpès satellite du chancre ou de la blennorrhagie), favorisées peut-être par un *état diathésique* particulier, comme dans l'herpès génital récidivant ; tantôt l'herpès est symptomatique d'une cause générale (maladie infectieuse classée ou infection encore indéterminée).

Parmi les herpès DE CAUSE GÉNÉRALE pour adopter la classification admise par le Dr Feulard, chef de clinique des maladies cutanées et syphilitiques à l'hôpital Saint-Louis, — dans son excellent article Herpès, du Dictionnaire encyclopédique, — nous distinguerons ceux qui surviennent dans le cours d'une maladie ayant sa physionomie propre, comme la pneumonie ou la fièvre intermittente (l'herpès n'est alors qu'un épiphénomène, plus ou moins intéressant), et les cas dans lesquels l'éruption vésiculeuse est la seule localisation apparente d'un état général fébrile plus ou moins accentué. A ces derniers cas convient le nom de fièvre herpétique, type morbide qui n'est guère distingué et classé en nosologie que depuis Parrot (1871).

Les *herpès symptomatiques* ne nous arrêteront pas. Tout le monde connaît celui de la *pneumonie* franche, considéré par les uns comme un phénomène favorable, par d'autres comme indifférent, et si fréquent dans cette maladie que quelques auteurs ont proposé de la considérer comme un herpès du poumon ou, pour parler avec plus de précision, comme un zôna du pneumogastrique. L'*angine herpétique* a été envisagée de même comme un zôna du glosso-pharyngien (Veillard).

On connaît moins celui de la *méningite cérébro-spinale* à cause de la rareté de cette maladie, dans laquelle il est assez fréquent (2/3 des cas, Tourdes), pour acquérir une valeur diagnostique, et où il a une certaine importance pronostique ; dans certaines épidémies on a noté que les cas heureux étaient accompagnés d'une éruption vésiculeuse particulièrement abondante.

Dans la *fièvre intermittente* (où Hippocrate l'avait déjà noté !) Griesinger l'a vu dans 30 p. 100 des cas. Verneuil et Merklen, qui l'ont étudié récemment, disent qu'il ne présente aucune régularité dans son apparition et que le système nerveux joue vraisemblablement le rôle prépondérant dans son apparition.

L'herpès n'est pas exceptionnel, comme on l'a dit, dans la *fièvre typhoïde*, et on ne peut continuer à le considérer comme devant faire pencher la balance en faveur de l'embarras gastrique fébrile, de la synoque, quand on hésite entre les deux. — On a encore signalé l'herpès dans le *typhus exanthématique*, la *grippe*, la *fièvre jaune*, le *choléra* (Duflocq).

Outre toutes ces maladies infectieuses, il est des causes générales très différentes qui paraissent provoquer dans certains cas l'herpès, soit par l'intermédiaire d'une irritation nerveuse, soit par intoxication. Ainsi le *traumatisme* suivant Verneuil, la *menstruation*, *l'accouchement* ou une *émotion vive*.

Tous ces herpès symptomatiques présentent sans doute de l'intérêt au point de vue pathogénique. Mais je veux surtout parler de l'herpès, qui survient au milieu d'un cortège plus ou moins bruyant d'accidents fébriles, et qui constituant, pour ainsi dire, la signature de l'état morbide, permet seul d'attribuer aux symptômes leur véritable valeur.

II

La fièvre herpétique, susceptible de tant de localisations, est, comme je le disais en commençant, la source de fréquentes méprises. On constate un appareil symptomatique éclatant, on le croit redoutable, on en cherche la cause inutilement dans les grands appareils lorsque tout à coup la constatation de quelques bouquets de vésicules vient à la fois nous expliquer tout en nous rassurant. En effet l'expérience a enseigné la bénignité de ces grands orages : Beaucoup de bruit pour rien, voilà l'épigraphe qui convient le plus souvent au dramatique tableau de l'herpès fébrile, qu'il soit guttural, labial, vulvaire ou à foyers multiples.

Le tableau de la fièvre herpétique n'est pas très facile à tracer. Feulard y a réussi heureusement, même après Lasègue.

« On peut observer tous les degrés d'intensité, depuis le simple petit mouvement fébrile à peine remarqué du malade et qui ne se traduit pour lui que par l'éruption labiale appelée communément de ce fait *bouton de fièvre*, jusqu'à ces fièvres herpétiques à grand fracas, à symptômes généraux des plus marqués, qui se présentent tout d'abord avec l'apparat des maladies infectieuses les plus graves, et tromperaient aisément le diagnostic de médecins non prévenus. Ordinairement c'est à la suite d'un brusque refroidissement, de ce que l'on appelle vulgairement et expressivement un coup de froid, que la maladie se déclare. « Le malade, dit Lasègue, est saisi presque subitement d'un malaise énorme. Le frisson initial, pour n'avoir pas

la solennité de celui de la pneumonie, n'en est pas moins inquiétant. La sensation de courbature est extrême, la langue se salit vite, la bouche se sèche, le pouls est plein, fréquent, résistant, la face est ardente, les yeux sont injectés. » Ces premiers phénomènes se produisent dans un court espace de temps, quelques heures, une demi-journée, une nuit. La température atteint rapidement un chiffre très élevé, le thermomètre indique 39 degrés et parfois plus. Peu de maladies présentent un début aussi brusquement violent, il y a comme une sorte de prostration, d'anéantissement des forces, et l'état de souffrance du système nerveux se traduit encore et surtout par le mal de tête intense, pénible, que connaissent bien ceux-là qui ont été atteints de fièvre herpétique. « La céphalalgie, dit encore excellemment Lasègue, est de tous les symptômes le plus incommode, et je ne sache, y compris la méningite aiguë, aucune autre maladie où le mal de tête prenne une égale intensité. Les douleurs sont gravatives, elles occupent de préférence la région frontale, mais s'étendent à tout le crâne. D'autres fois elles sont surtout occipitales et d'une intolérable violence. La tête est pesante, difficile à mouvoir. Il existe des signes, non seulement de souffrance, mais de congestion encéphalique. La lumière est mal supportée, le bruit redouble la douleur, le mouvement la réveille. Le malade est somnolent, absorbé, mais moins passif qu'il ne semble. Il rêve, ses idées se succèdent, involontaires, tumultueuses, confuses, avec un demi-délire qui lui laisse assez d'empire sur lui-même pour qu'il n'accepte comme réelles ni exprime ses conceptions délirantes. Toutefois ces symptômes ne sont pas de longue durée : vingt-quatre heures, trente-six heures après le début des accidents, la fièvre tombe ordinairement et la température reprend son type normal ; il n'est pas rare cependant de voir la fièvre persister trois ou quatre jours. En même temps s'est faite, soit du côté des muqueuses, soit sur la peau, l'éruption typique des vésicules d'herpès.

L'éruption revêt alors l'une quelconque des localisations que nous avons précédemment indiquées. Du côté des muqueuses, c'est l'*herpès guttural* ou *angine herpétique* que l'on observe le plus, puis l'herpès génital, particulièrement l'*herpès vulvaire*; du côté de la peau, l'*herpès labial, naso-labial, l'herpès de l'œil, de l'oreille*, des *parties génitales*, du *tronc*. Ces diverses manifestations existent à l'état isolé, ou se combinent deux, trois ou plusieurs ensemble sur le même malade. Enfin, dans une forme particulière, l'éruption se montre à la fois disséminée sur les différentes parties du corps et sur les muqueuses, c'est l'*herpès à foyers multiples.* Nous ne disons pas avec intention *herpès généralisé fébrile*, afin d'éviter toute confusion. Plusieurs des faits décrits sous cette étiquette sont en effet de vrais herpès à manifestations multiples ; cependant, quelques-uns ne sont pas de véritables herpès, mais des variétés de pemphigus : il faut donc qu'il n'y ait aucune équivoque. Ces éruptions relèvent toutes de la même origine et, tout en conservant les mots établis par l'usage d'*angine herpétique*, d'*herpès labial fébrile*, nous entendons dire et nous voudrions que l'on dît plus correctement *fièvre herpétique à localisation pharyngée, laryngée, labiale, vulvaire*, etc.

La fièvre herpétique présente quelques variétés dans la marche de la fièvre et de l'éruption.

La fièvre, avons-nous dit, dure rarement plus de deux à trois jours ; elle peut durer beaucoup moins, une journée, quelques heures, passer même parfois inaperçue ; elle peut durer davantage. Il n'est pas rare, en effet, qu'une deuxième poussée d'herpès succède à la première. D'autres poussées peuvent avoir lieu et la maladie se prolonger ainsi quelque peu. Ce qui est à noter, c'est qu'elle procède par poussées et que chacune d'elles évolue avec le caractère d'acuité remarquable dans cette maladie ; l'éruption se fait plus hâtivement sur les muqueuses que sur la peau : ainsi, quand l'herpès labial accompagne l'herpès guttural, celui-ci devance l'herpès labial de deux ou trois jours. On ne saurait établir une relation entre l'intensité des phénomènes généraux et l'intensité de l'éruption. Une éruption de quelques petites vésicules peut s'accompagner des symptômes généraux les plus accusés.

On a noté dans quelques cas de fièvre herpétique des signes de congestion du côté du poumon. Tout en reconnaissant que cette maladie peut bien avoir son retentissement sur l'appareil pulmonaire, nous nous demandons si dans ces cas on ne se trouvait pas plutôt en présence d'affections pulmonaires primitives, aux cours desquelles survenait l'herpès comme épiphénomène. M. Bouchard a trouvé quelquefois de l'albumine dans les urines des malades atteints de fièvre herpétique.

La durée de la fièvre herpétique est ordinairement très courte en tant que fièvre, mais il reste l'éruption dont l'évolution peut mettre quelquefois un certain temps à se faire et qui constitue alors une véritable affection locale : telle l'éruption de la gorge, du larynx, de la vulve, nécessitant un traitement spécial. La fièvre herpétique se termine toujours d'une façon favorable, et ce n'est pas un spectacle peu intéressant que de voir une maladie à début parfois effrayant s'arrêter rapidement et disparaître. Mais fréquemment, c'est là un point important à noter, elle laisse à sa suite une fatigue réelle et nécessite une véritable convalescence autant que des maladies beaucoup plus graves et plus longues. Enfin, il est non moins fréquent de l'observer plusieurs fois chez le même individu ; certaines personnes semblent même avoir une prédisposition marquée pour ces accidents.

On a cité quelques observations d'herpès fébrile à forme grave s'étant terminées par la mort (Lagout, J. Simon). Peut-être s'est-on trouvé dans ces cas en présence non de réelles fièvres herpétiques, mais d'états généraux graves avec herpès, le typhus, par exemple, comme dans le cas observé par M. J. Simon. »

III

J'ai dit que la fièvre herpétique pouvait donner lieu à des erreurs de diagnostic. Je veux citer plusieurs faits qui sont instructifs à ce point de vue.

Un jeune médecin des hôpitaux a eu, dans un de ses concours, la bonne ou la mauvaise fortune, comme on voudra, de tomber sur un cas de fièvre herpétique à détermination vulvaire qui avait égaré le diagnostic même de ses juges. Celui qui était chargé de choisir le malade de concours avait désigné une femme ayant toutes les apparences d'une fièvre typhoïde. Le candidat vient examiner la malade, constate l'état typhoïde, mais relève la chemise et découvre une éruption confluente d'herpès vulvaire : fièvre herpétique avec symptômes typhoïdes ? — ou fièvre typhoïde avec herpès ? Grosse différence au point de vue du pronostic et de la thérapeutique ! Je crois me souvenir que le candidat choisit la première hypothèse et ne fut pas nommé, cette fois-là ; car le diagnostic écrit était dothiénentérie et l'herpès n'y était pas mentionné.

La femme d'un confrère est prise, quelques jours après l'accouchement, d'accidents fébriles violents : (frissons, hyperthermie). Le mari, l'entourage sont en proie aux plus vives alarmes. Mais le pot aux roses est découvert : une éruption d'herpès génital vient ramener le calme dans les esprits.

Je compte plusieurs cas personnels dans lesquels bien m'en a pris de songer à l'herpès ; j'y songe toujours et ne manque jamais de le chercher. On me consulte pour un nourrisson de quatre mois qui venait admirablement au sein d'une nourrice superbe et sous l'œil vigilant d'une mère modèle. Depuis 24 heures l'enfant vomit, a la diarrhée et se plaint sans cesse ; la nourrice est d'ailleurs malade depuis le même temps. Elle a des frissons, et 39°5 de température. Je l'ausculte ; pas d'affection thoracique. Elles ne se plaint pas de la gorge, elle ne se plaint d'ailleurs de rien, étant dans l'indifférence où tombent souvent les gens de la campagne qui n'ont jamais été malades, lorsqu'une fièvre intense s'empare d'eux. J'examine pourtant la gorge ; elle est d'une belle rougeur et sur une amygdale je trouve avec satisfaction la trace d'une éruption vésiculeuse récente. Mais la question m'est posée avec anxiété : « Faut-il changer la nourrice, supprimer l'allaitement ? Il est bien évident que son lait ne vaut plus rien pour l'enfant, puisque les troubles digestifs de celui-ci n'ont commencé qu'après le premier frisson de la nourrice ! » — J'en conviens; mais je réfléchis qu'après tout l'angine herpétique n'est pas de longue durée, que la période fébrile est souvent même très courte, que la nourrice est excellente, et je conseille de continuer l'allaitement avec modération, en ayant soin de ne pas laisser la nourrice embrasser l'enfant et en combattant les troubles digestifs de celui-ci par une médication appropriée. 24 heures après la fièvre de la nourrice est tombée, l'enfant cesse d'avoir des coliques et de la diarrhée. L'allaitement continue sans encombre.

Il y a quelques jours on me consulte pour un bébé de deux mois qui a une diarrhée verte abondante et ne cesse de crier depuis 24 heures. Il y a un peu de fièvre. Les gardes-robes sont franchement acides, le ventre météorisé. En voulant examiner la langue, je constate sur la lèvre supérieure une petite phlyctène polycyclique. La muqueuse buccale est rouge, chaude et sèche. Cela me fait penser à regarder les seins de la nourrice; sur l'un d'eux, au niveau de l'aréole, trois ou quatre vésicules entourées d'une zone érythémateuse et un peu tuméfiée; puis, j'avise au niveau de la commissure labiale gauche un petit bouquet d'herpès en voie de dessiccation ; la langue est assez saburrale, le pouls fréquent, l'appétit a diminué. Tout s'explique ; la nourrice a eu, presque sans fièvre, avec un léger malaise dont elle ne songeait même pas à se plaindre, une poussée herpétique sur le visage et sur le mamelon (localisation assez exceptionnelle). L'enfant s'est probablement inoculé l'herpès à la lèvre, et il en a été plus malade que sa nourrice. En trois ou quatre jours de soins convenables, tout est rentré dans l'ordre.

IV

La stomatite herpétique est assez fréquente chez les enfants. Dans un mémoire récent (1), M. J. Comby en retrace les principaux caractères. « L'herpès chez les enfants peut être localisé à la muqueuse buccale, il est plus souvent accompagné d'herpès guttural ou labial. Parfois l'herpès buccal est limité à un côté de la bouche, il faut alors songer au zona des muqueuses ; d'ordinaire il est irrégulièrement distribué sur la langue, le palais, les gencives, les joues et les lèvres.

La stomatite qui accompagne l'éruption herpétique est assez vive : salivation, rougeur, gonflement gingival, gêne de la mastication, sans parler de la fièvre, variable suivant les cas. La langue est pâteuse et recouverte d'un enduit plus ou moins épais et l'ensemble des symptômes généraux indique que l'éruption buccale n'est pas toute la maladie ; il y a là comme l'ébauche d'une fièvre éruptive dont l'exanthème manque souvent, mais dont l'enanthème est constamment très accusé.

Quand on examine la bouche des enfants atteints de cette variété de stomatite, on y voit des lésions d'âge et d'aspect différents. Ici ce sont de petits points saillants ne dépassant pas les dimensions d'une tête d'épingle, tantôt isolés, tantôt et plus souvent groupés sur la face supérieure de la langue, sur sa pointe ou sur ses bords. Ailleurs on voit des ulcérations régulières, arrondies, petites, punctiformes ; quelques-unes enfin sont plus grandes, irrégulières, formées par la coalescence de nombreux éléments éruptifs.

Mais quelle que soit l'étendue, quelle que soit la forme de ces ulcérations, toujours peu profondes, presque de niveau avec le reste de la muqueuse, l'existence simultanée des éléments typiques de l'herpès donnera la signature de la maladie. Cette signature du reste se trouvera, dans la majorité des cas, sur les amygdales ou sur les lèvres qui offrent à l'herpès des lieux de prédilection. On sera dans la nécessité de recourir à ce critérium, pour les cas douteux ; car l'herpès des muqueuses diffère nota-

(1) De quelques stomatites récentes (*Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, septembre, octobre 1888).

blement de l'herpès cutané. A la place de ces vésicules claires et limpides que nous offre l'herpès labial, l'herpès buccal nous donnera une vésiculation fugace, bientôt remplacée par des ulcérations ou érosions à peine dessinées ; à la place de cet état croûteux qui marque la dessiccation de l'herpès cutané, nous aurons dans la bouche une perte de substance superficielle, il est vrai, mais jaunâtre et à peine recouverte d'un léger détritus.

Avec une simple stomatite herpétique, on peut constater de l'engorgement des ganglions sous-maxillaires, de la salivation et de la fétidité de l'haleine, comme dans la stomatite ulcéro-membraneuse. Mais celle-ci en diffère par la forme, la profondeur, l'aspect des ulcérations qui occupent surtout les gencives, tandis que les ulcérations herpétiques affectent de préférence la muqueuse linguale. »

Relativement aux coïncidences d'autres manifestations herpétiques, M. Comby a constaté dans sa statistique personnelle que 7 fois sur 11 cas la stomatite herpétique chez l'enfant a été accompagnée d'herpès guttural ou labial.

En quelques jours la stomatite herpétique a fini son évolution constamment bénigne, mais qui peut s'accompagner chez les enfants les plus jeunes de troubles digestifs assez accentués. La succion est rendue pénible, douloureuse. L'insomnie n'est pas rare.

La thérapeutique se borne à régulariser l'alimentation, espacer les tétées, faire boire l'enfant au verre ou à la cuiller s'il ne peut plus téter, lotionner la bouche avec une solution alcaline à base de borate de soude, de bicarbonate de soude, ou de chlorate de potasse (5 %). Après les lavages l'attouchement avec un glycérolé au borax est avantageux en permettant la prolongation de l'action antiseptique et astringente.

P. Le Gendre.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Certificats délivrés aux compagnies d'assurances-vie.

Monsieur le Directeur,

Permettez-moi de vous signaler un procédé ingénieux pour régler les honoraires médicaux mis en pratique par la Compagnie d'Assurances......

Un de mes clients de N. s'adresse à la Compagnie d'Assurances...... pour assurer sa femme. L'agent demande à M. X. de faire venir son médecin habituel à l'effet de faire la visite indiquée en pareil cas. Je me rends à l'invitation ; j'examine Mme X, remplis mon questionnaire consciencieusement et fais signer son mari, comme toujours, sur la feuille imprimée où je formulais mes conclusions.

Jusqu'ici rien d'anormal. Mais voici où l'affaire se corse. A la demande en règlement d'honoraires que j'adressais il y a deux mois environ à l'agent de la Compagnie, il m'a été répondu : «Monsieur, vous faites erreur, nous ne vous devons rien, nous avons payé notre docteur, votre confrère Z. (aujourd'hui mort).

Vous êtes le médecin de la famille X, et c'est à ce titre que vous avez examiné Mme X ; demandez des honoraires à votre client.

Pourtant, la Compagnie, voulant se montrer généreuse, vous accorde *cinq francs*. »

La lecture de ce document m'émeut vivement.

Puis, le calme revenu dans mon esprit, j'écris à mon client de N., et lui demande si un deuxième médecin est venu visiter sa femme lors de l'assurance contractée. Voici sa réponse à peu près textuelle. M. Z., de N., est venu à la maison en mon absence, il n'a pas examiné ma femme, ne l'a pas même interrogée au sujet de son état de santé, en un mot il n'a pas fait acte de médecin, et moi, je n'ai pas eu à signer de feuilles semblables à celles que j'ai signées lors de votre visite. Mon confrère n'a donc pas pu envoyer de conclusion à la Compagnie, puisque la feuille de proposition n'était pas revêtue de la signature de mon client, condition essentielle pour sa validité.

Fort de cette réponse, j'écris au directeur de la Compagnie et lui détaille par le menu toute cette histoire. A mes deux lettres, *je n'ai pas eu de réponse.*

Cette compagnie a donc assuré mon client, d'après mon certificat (elle ne peut en montrer un autre valable) et pour prix de mon déplacement (7 kil.) et de mes honoraires pour l'examen médical, elle veux bien m'offrir cinq francs. Que pensez-vous *d'un semblable procédé ? et croyez-vous qu'il* me soit possible d'avoir de bons rapports avec cette compagnie dont les directeurs comme leurs agents agissent de la sorte.

Je serai heureux si vous pouvez tirer de cette lettre quelques enseignements profitables à tous nos confrères et les mettre en garde contre des surprises semblables.

Recevez etc.

Dr G. Melcion, Sauvigny (Meuse).

Nous espérons que la publicité du *Concours* suffira à faire disparaître de pareils errements. Nous adressons le présent numéro au directeur de la Compagnie visée.

Médecins-inspecteurs et Médecins-titulaires.

Le Conseil d'arrondissement de Sceaux.

A émis le vœu suivant :

Le Conseil ; 1° Considérant que les instituteurs de la banlieue sont, en cas de maladie, obligés de faire constater leur état par un médecin habitant Paris ;

2° Considérant que par suite, ce médecin ne peut répondre rapidement à toutes les demandes qui lui sont adressées, et qu'il en résulte dans la pratique de nombreux inconvénients ;

3° Considérant qu'il est fort difficile à ce médecin habitant Paris de se transporter dans les communes les plus éloignées ;

4° Considérant qu'en fait, ce sont généralement des médecins-inspecteurs qui font les constatations médicales, et ce, sans réclamer de rétributions spéciales, et que les fonctions des médecins titulaires sont des sinécures ;

Considérant que l'Administration, en faisant valoir les charges que le budget départemental aurait à subir de la mesure réclamée, paraît être dans l'erreur, car le service, que ne font pas les médecins du personnel, pourrait être fait gratuitement par les médecins-inspecteurs.

Renouvelle le vœu :

Que dans chaque circonscription les médecins-inspecteurs des écoles soient chargés des constatations médicales intéressant le personnel.

Et que la sinécure des médecins titulaires soit supprimée.

Erreurs médicales et pharmaceutiques.

Un médecin qui se trompe dans son ordonnance, et un pharmacien, qui délivre la potion prescrite par erreur, sont-ils coupables, en cas d'accident, d'homicide par imprudence ? Telle est la question que le tribunal de Châteaudun vient de résoudre affirmativement.

Le Dr X., soignait un sieur Landier, alors à l'hospice de Cloyes et atteint d'une maladie de poitrine. Par suite d'une erreur des plus regrettables, ce médecin, qui traitait son malade par le sulfate neutre d'atropine, poison des plus violents, rédigeait, à la date du 16 mars, une ordonnance par laquelle il prescrivait une potion composée de 1 gramme de ce sulfate et de 100 grammes de véhicule. Le pharmacien B..., prépara et délivra la potion. Landier, ayant absorbé 3 grammes du médicament, mourut trois jours après, empoisonné. Le Dr X... a été condamné à 600 fr. d'amende et le pharmacien B... à quinze jours de prison et 400 fr. d'amende. (*Temps.*)

Assistance médicale.

Le Conseil général de la Charente-Inférieure a voté un crédit de 3,000 francs, à titre d'essai d'organisation, dans ce département, d'un service de secours à domicile pour les vieillards et les infirmes indigents.

Dans la Vienne, le Conseil général a décidé de se réunir en session extraordinaire, du 1er au 8 octobre, afin de discuter un rapport de M. le docteur Guillon sur l'organisation d'un service de médecine et de pharmacie gratuites pour les indigents. Les médecins et les pharmaciens du département seront convoqués d'ici là, afin de donner leur avis sur le projet en question.

Docteurs en Médecine reçus par les Universités Allemandes en 1886-1887.

Des documents authentiques que nous avons entre les mains, il ressort que les vingt Universités allemandes (il ne s'agit que de l'empire allemand) ont reçu, en 1886-1887, 847 docteurs en médecine, l'Année précédente (1885-1886) elles avaient délivré 689 diplômes. En France, les six Facultés de médecine avaient reçu 546 docteurs en 1885-86 et 624 en 1886-87.

BULLETIN DES SYNDICATS

ET DE

L'UNION DES SYNDICATS

DIRECTEUR : Dr BARAT-DULAURIER

L'assistance médicale gratuite.

De toutes les questions professionnelles qui doivent le plus attirer l'attention des praticiens, une des plus intéressantes est assurément celle de l'Assistance médicale gratuite. Le médecin a dépensé une partie de son patrimoine pour arriver à acquérir les connaissances multiples qu'il possède. Ces connaissances constituent elles-mêmes un capital pour lui et pour sa famille, et l'exploitation de ce capital forme, pour un grand nombre, la seule source de revenus qui puisse leur permettre de tenir le rang auquel ils ont droit. Il est donc juste que le médecin soit rétribué de ses peines et soins en toute circonstance.

Mais dans toute société, quelque bien organisée qu'elle puisse être, on rencontre des déshérités de la fortune, des infirmes, des malheureux que les événements, ou le hasard, ont mis dans l'impossibilité absolue de se procurer les soins médicaux quand la maladie vient les frapper.

Doit-on les laisser sans secours ? Et si ces infortunés, momentanément ou définitivement incapables de rémunérer le médecin, doivent être soignés, qui donc doit supporter les frais des traitements à intervenir ?

Voilà deux questions dont la solution théorique ne saurait faire de doute pour personne. Sans vouloir faire intervenir l'Etat-Providence, comme quelques rêveurs l'ont mis en avant, il n'est pas contestable que la collectivité, la société, ne saurait laisser à la charge d'un seul, — le médecin — le soin d'accomplir des actes dont les bénéfices doivent profiter à tous.

D'un autre côté, il ne faut pas perdre de vue que notre pays traverse une crise des plus graves au point de vue du mouvement de la population. Les derniers recensements ont démontré que le nombre des habitants a diminué dans un grand nombre de nos départements. Dans quelques-uns, s'il paraît exister encore une légère augmentation, il est bon de remarquer que cette augmentation est fournie par les villes, tandis que le nombre des habitants des petites localités diminue en réalité. Mais, si le nombre annuel des naissances va diminuant, l'excédent du chiffre des décès sur le chiffre des naissances est aussi, il faut bien le reconnaître, un élément puissant de dépopulation. Or, cet excédent se rencontre dans presque la moitié des départements : tels sont, par exemple, d'après les documents fournis par le bureau de la statistique générale de France pour l'année 1885, les départements de l'Aube, des Bouches-du-Rhône, du Calvados, de la Charente-Inférieure, de l'Eure, du Maine-et-Loire, de la Manche, de l'Orne, etc., etc. De telle sorte que l'augmentation de la population n'est plus en France que 2,5 pour 1000, tandis qu'elle atteint presque 9 en Allemagne et 13 en Russie.

En présence de ces faits dont la gravité ne saurait échapper à personne il y a lieu de rechercher si notre pays ne voit pas disparaître un trop grand nombre de ses enfants par suite de l'absence ou de l'organisation défectueuse de l'assistance médicale publique. Les pouvoirs se sont émus, et un conseil supérieur de l'assistance a été organisé. Mais le fonctionnement de ce conseil sera bien lent, hélas ! et, en attendant, bien des misères resteront sans soulagement et la mort continuera à faire des victimes qu'on aurait peut-être pu lui arracher. Sans doute, les médecins appelés par des indigents se rendront auprès d'eux, comme par le passé, même avec la certitude de n'avoir d'autre rémunération que la satisfaction d'avoir fait le bien. Mais, encore une fois, il y a un intérêt social à ce que le médecin soit justement rémunéré, car le malheureux, dans ce cas, sûr de n'être pas refusé, le fera appeler assez tôt et souvent et il sera possible de conserver une existence qu'un retard dans les soins apportés aurait gravement compromise.

Il appartient donc aux médecins, et particulièrement aux associations médicales, aux syndicats, d'étudier plus spécialement cette question d'assistance, de faire connaître leur manière de voir et

de fournir ainsi à la commission supérieure les éléments propres à appeler une prompte solution.

Dans un certain nombre de départements, il existe une organisation de l'assistance et le fonctionnement en est plus ou moins régulier. Mais nulle part il n'est arrivé au degré de perfection qu'il doit atteindre. Deux circulaires ministérielles des 3 août 1852 et 15 août 1854 invitaient bien les conseils généraux à créer dans leurs départements respectifs, un service médical gratuit en faveur des habitants pauvres des campagnes. Malheureusement, tous les départements n'ont pas répondu à l'appel qui leur était fait et la moitié environ ont organisé ce service d'une manière plus ou moins défectueuse.

Ce qui frappe avant tout dans la manière dont on a procédé, c'est la diversité des méthodes employées pour atteindre le même but. Tantôt, en effet, le maire de la commune dresse lui-même la liste des indigents qu'il soumet au conseil municipal comme dans l'Allier ; tantôt la commission chargée de dresser la liste est formée par les membres du bureau de bienfaisance ; tantôt par une délégation du conseil municipal.

Le médecin, ou les médecins, qui devront assurer le service sont parfois appelés à contribuer à la confection des listes, mais ce n'est pas général. Ne semblerait-il pas cependant qu'ils dussent toujours être consultés ? Il y aurait, dans tous les cas, de grands avantages à ce que le mode de confection des listes fût partout identique. Cette façon de procéder jointe à la présence constante d'un représentant du corps médical, empêcherait souvent des commissions peu scrupuleuses de favoriser des amis politiques au détriment des nécessiteux véritables.

Les tableaux que nous avons sous les yeux nous indiquent également que dans un certain nombre de départements, 8 sur 44, le choix du médecin est laissé d'une manière complète, à l'indigent inscrit, et, dans ces départements, tous les médecins qui le désirent peuvent concourir au service de la médecine gratuite. Dans un plus grand nombre, les indigents doivent appeler, en observant des formalités diverses, mais peu compliquées, le médecin spécialement chargé du service et dont le choix a été arrêté par le préfet lui-même ou par la commission municipale d'assistance.

Ces deux derniers modes de nomination nous paraissent absolument défectueux, d'abord, parce que, en général, les circonscriptions médicales sont mal déterminées ; ensuite parce qu'ils laissent la porte ouverte au favoritisme. Or, le genre de réclame constitué par ces nominations officielles nous paraît être la plus inique de toutes les réclames.

Je sais bien que, grâce aux syndicats, dans quelques départements les médecins, *tous les médecins* sans exception, sont consultés sur l'établissement des circonscriptions : c'est une atténuation aux inconvénients du système ; mais ces inconvénients ne sont pas tous supprimés.

Une autre lacune des divers systèmes adoptés — et celle-là est capitale, — c'est que, même dans les départements les plus favorisés au point de vue de l'assistance, un grand nombre de communes refusent d'organiser le service. C'est ainsi que dans le Loiret, par exemple, qui est un des départements où le service fonctionnait le mieux, 327 communes seulement sur 349 ont consenti à s'imposer des sacrifices. Il serait à désirer que toutes les communes fussent mises en demeure d'assurer à leurs indigents les soins médicaux en cas de maladie. Sans doute ce serait une charge ; mais cette charge serait supportée par les communes, par le département, par l'État, c'est-à-dire par la collectivité, tandis que, dans l'état actuel, c'est le médecin presque seul à qui elle incombe.

Le chiffre auquel reviennent les soins médicaux donnés à un indigent est extrêmement variable. Ainsi dans le Loiret, que nous citions plus haut, où il existe 77 circonscriptions dont les titulaires, désignés par le Préfet, reçoivent une indemnité fixe de 1 fr. par indigent inscrit, plus une indemnité kilométrique de 0,05, y compris le retour, les soins médicaux donnés à un indigent coûtent en moyenne 7 fr. 88 et absorbent 52,03 pour cent des sommes totales employées.

Dans l'Allier, où l'indigent a le choix de son médecin auquel il est alloué 0,50 par kilomètre pour tous honoraires, les soins donnés à un indigent coûtent 38,50 et constituent 17,14 pour cent de la dépense totale. Ailleurs, comme dans le Pas-de-Calais et la Haute-Saône, ces soins reviennent à un peu moins de 6 fr., et s'élèvent à environ 50 pour cent des dépenses totales.

Nous nous réservons de revenir plus tard sur ce service. Pour le moment les points que nous nous permettrons de désigner plus particulièrement à la commission supérieure et que nous serions heureux de voir *introduire dans son travail sont les suivants* :

1° Obligation pour toutes les communes, sans exception, d'organiser l'assistance médicale gratuite en faveur des indigents ;

2° Admission de tous les médecins à participer à ce service ;

3° Rémunération du médecin proportionnelle au nombre des visites faites et à la distance parcourue ;

4° Liberté laissée au malade de choisir le médecin qui possède sa confiance.

L'adoption de ces principes serait à la fois une œuvre de justice et de patriotisme.

A. Barat-Dulaurier.

Association syndicale des médecins de Toulouse.

Séance du mercredi 10 octobre 1888.

Le mercredi 10 octobre, à 8 heures 1/2 du soir, a eu *lieu la réunion des membres de L'Association* syndicale des médecins de Toulouse. L'ordre du jour portait :

1° Y a-t-il lieu de réviser les statuts ?

2° Banquet dans la deuxième quinzaine d'octobre.

3° Paiement du droit d'entrée.

Après discussion, il a été décidé ce qui suit :

1° Il y a lieu de reviser les statuts. Cette revision sera effectuée à la prochaine réunion.

2° Dans cette même réunion on fixera la date exacte, le prix et le lieu du banquet.

3° Les membres présents ayant versé le montant du droit d'entrée (10 francs) entre les mains du secrétaire-trésorier provisoire, ce droit d'entrée sera recouvré à bref délai au domicile des membres de l'Association que leurs occupations ont empêchés de se rendre à l'Assemblée de ce jour.

4° La prochaine réunion est fixée au *mercredi 7 novembre 1888, à 8 1/2 du soir, salle des mariages, au Capitole.*

L'ordre du jour portera :
1° Revision des statuts.
2° Fixation de la date, du prix et du lieu du banquet.

Le Secrétaire provisoire,
Dr COUSIN.

NOUVELLES

Déclaration obligatoire des maladies épidémiques.

Dans sa dernière séance, le *Comité consultatif d'hygiène publique* de France a approuvé un rapport de M. Brouardel sur la déclaration obligatoire par le médecin traitant des maladies épidémiques, ainsi que sur la déclaration des causes de décès et les moyens de rendre cette déclaration compatible avec le secret professionnel.

Après avoir établi, d'après la tradition et par l'interprétation des arrêts les plus récents, les éléments constitutifs du secret médical, le rapporteur a montré que ces éléments ne se rencontrent pas pour l'immense majorité des maladies épidémiques, sauf dans certaines circonstances tout à fait spéciales.

Aussi le comité a-t-il été d'avis, conformément aux conclusions du rapport, qu'il y a lieu de préparer un projet de loi qui rendrait obligatoire pour le médecin, la déclaration d'un certain nombre de maladies, indiquées sur une liste nominative qui pourrait être modifiée par décret, suivant que les découvertes scientifiques rendraient des adjonctions utiles à la santé publique. Dès maintenant, cette liste pourrait comprendre les maladies suivantes : choléra, choléra infantile, coqueluche, diphthérie, dysenterie, fièvre jaune, fièvre typhoïde, maladies infectieuses puerpérales, maladies septicémiques, peste, rougeole, scarlatine, suette, typhus exanthématique, variole.

En ce qui concerne la déclaration des causes de décès, le comité a, en outre, émis le vœu qu'une statistique de ces causes, basée sur les déclarations des médecins traitants, fût organisée dans toute la France avec le concours des conseils d'hygiène, d'après le système adopté pour les villes, et notamment pour la Ville de Paris, par l'Académie de médecine, et pour les autres communes, par l'assemblée générale des médecins de France.

Les bénéfices de la vaccination. — On sait que les départements du Morbihan et du Finistère comptent parmi ceux où il est le plus difficile de propager l'habitude de la vaccination ; aussi une épidémie de variole assez grave vient-elle de sévir dans ces départements, au cours de laquelle des faits d'incurie inconcevables, signalés par M. Fouquet, n'ont pas été pour peu dans la transmission de la maladie. Tantôt ce sont des varioleux qui se promènent en ville en pleine desquamation, c'est-à-dire à l'une des périodes les plus dangereuses pour la contagion ; tantôt ce sont des amis qui pénètrent dans les chambres des malades pour prendre de leurs nouvelles ; ici, c'est un ouvrier, le mari d'une malade, qui continue à aller travailler chez des clients ; là c'est une sage-femme qui se fait sans nécessité garde-malade de varioleux et qui continue à pratiquer des accouchements.

A propos de cette épidémie, M. Proust a réuni les chiffres suivants, qui montrent le bénéfice et la nécessité des vaccinations.

L'Allemagne, grâce à l'obligation de la vaccination, a pu rayer la variole des causes de décès. Aussi, tandis que Paris, Saint-Pétersbourg, ont une mortalité par variole oscillant entre 136 et 101 pour 100,000 habitants, Berlin, Breslau, Hambourg, Munich, Dresde ne perdent, au contraire, que 1,44 habitants sur 100,000, depuis la loi de l'obligation de la vaccine, c'est-à-dire depuis 1875. Or ces mêmes villes en perdaient 92 pour 100,000 avant la loi. Londres n'a plus que 0,6 décès par variole sur 100,000 habitants, soit 24 par an pour une population de 4 millions d'habitants.

Comme contre-épreuve, on peut citer le canton de Zurich (Suisse) qui, depuis que la loi d'obligation de la vaccine a été retirée, c'est-à-dire depuis 1883, a vu la mortalité variolique annuelle s'élever de 8 à 85.

Dans l'armée française, depuis que les vaccinations et revaccinations sont sévèrement pratiquées, c'est-à-dire depuis 1872, le nombre des morts par variole n'a été, de 1872 à 1880, que de 514 sur 3,622,659 hommes ayant passé sous les drapeaux, soit 14,8 pour 100,000 soldats. De 1880 à 1885, le nombre des décès par variole est progressivement tombé de 76 à 6 par an.

D'un autre côté, le *British med. Journal* a publié, il y a quelque temps, un fragment d'un discours prononcé par M. Ritchie, président du *Local government Board*, dans lequel l'auteur a montré, par le calcul suivant, le bénéfice extraordinaire de la vaccination. Il y a à Sheffield 95,000 enfants (de moins de dix ans) qui sont vaccinés : il y en a 5,000 qui ne l'ont pas été. Ces 95,000 ont fourni 189 cas de variole avec 2 décès ; les 5,000 enfants non vaccinés ont fourni 172 cas de variole avec 70 décès. Si tous les enfants de Sheffield avaient été vaccinés, il y aurait donc eu 200 cas de variole et un peu plus de 2 décès. Au contraire, si aucun des enfants (au-dessous de dix ans) n'avait été vacciné, il y aurait eu 3,377 cas de variole avec 1,330 décès, soit une mortalité 600 fois plus grande. Au-dessus de dix ans, le bénéfice de la vaccination est moindre, parce que l'immunité commence à s'épuiser, et la revaccination devient nécessaire.

Le nombre des cicatrices vaccinales constatées chez 6,000 sujets antérieurement vaccinés, admis au *London Small-Pox Hospital*, en vingt-cinq ans, a été relevé, il y a quelques années, par le docteur Marson, médecin en chef de cet hôpital. Il a constaté que la proportion des décès était en sens inverse du nombre des cicatrices vaccinales apparentes : chez les sujets vaccinés qui n'avaient plus de cicatrice appréciable, la mortalité par variole était de 21,7 pour 100 ; avec une cicatrice, de 7,5 pour 100 ; avec deux cicatrices, de 4,12 pour 100 ; avec trois cicatrices, de 1,7 pour 100 ; avec quatre et plus, de 0,7 pour 100. La mortalité était de 35,5 pour 100 chez ceux qui n'avaient pas été vaccinés.

(*Revue scientifique.*)

Nouveau procédé pour la destruction des cadavres. — Un médecin de Pittsbourg, nommé Cooper, vient de faire patenter un procédé de son invention permettant de réduire un cadavre humain en une petite masse solide, complètement inaltérable, inodore, et qui présente l'aspect du marbre.

Cette transformation s'obtient au moyen de la compression du cadavre à une très haute température. Le corps d'un adulte peut être réduit par ce procédé en un morceau de matière compacte de douze à quinze pouces de diamètre. L'inventeur a sur son bureau les reste d'un enfant réduit en une masse d'aspect élégant et en forme de croix(!!). Une société commerciale est en train de se former dans le but d'exploiter le procédé du Dr Cooper, procédé, qui paraît-il, est appelé à remplacer avec avantage la crémation.

— Les médecins attachés au service des chemins de fer des Etats-Unis se sont organisés en une association (The National Association of Railway Surgeons) dont la première réunion a eu lieu dernièrement à Chicago.

BIBLIOGRAPHIE

Essai sur l'histoire chronologique de la médecine grecque depuis les temps les plus reculés jusqu'à Hippocrate, par le Dr J. Moucher, membre du *Concours médical.* — Bordeaux, imp. veuve Cadoret, 1887.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise).— Imp. DAIX frères, place St-André, 3.

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE ANNUELLE

DE LA

SOCIÉTÉ DU CONCOURS MÉDICAL

ET DE

L'UNION DES SYNDICATS.

Chers confrères,

La *Société du Concours médical* est en relations constantes avec ses adhérents par le journal, et l'*Union des Syndicats* ; avec tous les Associés, par le *Bulletin des Syndicats*. L'échange de vues et de bons offices est, par conséquent, incessant.

Mais il faut qu'une fois au moins par année, un contact plus intime puisse s'établir entre nous. Tel est le but de nos Assemblées générales et du Banquet qui les suit. Votre présence consacre ainsi les actes accomplis, et les discussions et les propositions faites en Assemblée ont plus de chances d'aboutir.

Nous avons, cette année, comme les précédentes, des questions très intéressantes à vous soumettre.

Le *Conseil de Direction* du Concours et le *Bureau de l'Union* attachent le plus grand prix à votre présence à nos réunions. Ils vous prient de prendre, dès ce moment, vos dispositions pour venir faire connaissance ou pour la renouveler avec des confrères qui, l'année tout entière, se sont préoccupés de vos intérêts.

Venir, c'est nous encourager à servir la profession encore mieux que nous n'avons pu le faire jusqu'ici : vos conseils seront écoutés, vos vœux seront mis à exécution.

L'*Assemblée* aura lieu à deux heures précises, le *Dimanche*, 4 novembre, dans les salons du Grand-Hôtel, boulevard des Capucines, et le banquet à 6 heures 1/2.

Nous espérons que l'Assemblée sera nombreuse et qu'elle accomplira sa tâche annuelle à votre satisfaction. Veuillez nous informer de votre intention d'assister au *Banquet* en vue des dispositions que comporte le repas. Si vous êtes empêché, prière de nous transmettre de suite le texte des propositions que vous voudriez soumettre à l'Assemblée.

Le Directeur,
A. CÉZILLY.

RAPPORT

du Conseil de Direction de la Société du Concours médical.

Messieurs,

Dans le cours de l'exercice 1887-1888, le Conseil de Direction a consacré, comme les années précédentes, les cinq séances qu'il a tenues, à l'étude des diverses questions déjà exposées et à celles qui se sont présentées dans le cours de l'année.

Il s'est occupé également, au point de vue finan-

cier, de remplir vos désirs, en affectant diverses sommes conformément aux décisions de l'Assemblée de 1887.

Ainsi que par le passé, le capital inaliénable de notre Société s'est accru du produit des abonnements de première année des nouveaux membres du *Concours médical*.

Nos revenus peu élevés, puisque le capital de la Société placé en obligations ne produit guère plus de trois pour cent, se sont accrus des dons recueillis ; ces dons ont été plus considérables que ceux de 1887, et si le bénéfice n'en a pas été acquis à votre Société directement, vous ne vous en plaindrez pas, puisque ces dons ont été détournés par une Société nouvelle, fille de la vôtre, créée par vous, la *Société de protection des victimes du devoir médical*. Elle a absorbé 700 fr. de dons quand, de votre côté, directement, vous l'aviez déjà dotée d'une somme de 300 francs.

Si les dons ont été plus considérables, c'est que les bons offices du Concours ont été fréquemment répétés et que son action incessante est de mieux en mieux appréciée. Vous trouverez en conséquence des chiffres satisfaisants dans le compte-rendu de M. le secrétaire-trésorier.

Le Conseil de Direction doit vous rendre compte de la situation des diverses affaires suivies en 1888, en se conformant au plan d'exposition du rapport de 1887.

Pour ce qui concerne la *révision de la législation* de l'an XI, le rapport Geoffroy, en 1880, résumait les longues études de la commission du Concours médical présidée par M. Chevandier ; le rapport de M. Chevandier, enfin mis à l'ordre du jour, cet été, après 7 années d'attente, nous avait, une fois encore, permis de croire que la Chambre pourrait aborder la première lecture.

Il n'en a rien été ; le budget à voter, la révision en perspective, nous obligent à reculer encore la réalisation de nos espérances. Ce n'est pas le corps médical qui seul a à se plaindre de la stérilité des sessions parlementaires.

Espérons aussi qu'une révolution ne viendra pas, encore une fois, comme en 1848, renvoyer aux calendes l'objet de cinquante années de réclamations légitimes.

Ce qui rend notre attente plus anxieuse encore, c'est que, dans une certaine mesure, quoiqu'ils soient de plus en plus consultés de toute part par les Administrations, les Syndicats médicaux attendent de la législation médicale la consécration du droit des médecins à se syndiquer au même titre que tous les citoyens français.

La Société de protection des victimes du devoir médical a rédigé ses statuts, ses lettres d'invitation au public, pour recueillir des adhésions et des souscriptions ; le Comité de patronage a donné à l'œuvre une extension considérable, et il compte sur l'intervention de tous les membres du *Concours médical* pour l'assister dans la propagande auprès de toutes les personnes riches et bienfaisantes qui leur paraîtraient disposées à donner leur adhésion. Chacun de nous a dans sa clientèle, une personne au moins auprès de laquelle on peut faire une tentative qui honore, quel qu'en soit le résultat, celui qui la fait et celui qu'on sollicite.

Nous sommes heureux de vous donner l'assurance que la *Caisse des pensions de retraites*, une des œuvres médicales qui vous fait le plus d'honneur, est en bonne voie. M. le Dr *Lande* se propose d'exposer, le 4 novembre, les éléments nouveaux de la prospérité de l'œuvre dont il est le si méritant et si actif secrétaire-général, et de vous indiquer ce qu'il se propose de faire pour l'accroissement du nombre des sociétaires.

Relativement à une œuvre non moins importante de notre Société, les *Syndicats médicaux*, vous avez pu voir, par les publications du journal et par celles du *Bulletin des Syndicats* que, grâce à l'activité de M. Dulaurier, grâce aux efforts du Comité de Direction et du Bureau de l'Union, non seulement le nombre des Syndicats s'est accru, mais qu'en outre leur crédit, leur action vont sans cesse s'affirmant ; vous en avez pour témoignage les questions discutées à la séance de l'Union en 1887, et celles qui sont à l'ordre de l'Assemblée de 1888.

Pour ce qui a trait à l'œuvre à laquelle le Conseil de Direction attache un très grand prix, la constitution d'une *Société d'Assurances contre la maladie entre médecins*, elle se trouve n'avoir pas fait de progrès. Mais nous appellerons toute votre attention sur un projet de révision des statuts

FEUILLETON

Honoraires médicaux.

Règles à suivre dans les rapports avec les clients, avec les Sociétés de Secours mutuels, avec les bureaux de Bienfaisance, etc... (1).

(Fin).

Une occasion nouvelle se présenta à moi, il y a trois ans, de faire entrer définitivement cette méthode dans les habitudes de chacun.

Une société de secours mutuels venait de se créer, ayant à sa tête le conseiller général du canton.

On laissait aux membres la liberté de choisir leur médecin à chaque maladie. Mes deux confrères avaient déjà accepté l'abonnement, 400 fr. pour 100 membres environ, somme à partager entre les trois médecins au prorata de leurs visites.

(1) Assemblée de l'Association de prévoyance et de secours mutuels des médecins de l'Oise (5 août 1888).

Je refusai d'adhérer à cette combinaison, ne voulant à aucun prix de l'abonnement, et faisant valoir les raisons qui me forçaient à prendre ce parti.

J'attirai en même temps l'attention du président sur la supériorité à tous égards du système des prix à la visite, qui non seulement procure plus de satisfaction, par conséquent plus de tranquillité morale à l'ouvrier, mais sauvegarde l'indépendance et partant la dignité du médecin.

Je lui prouvai, mes livres de comptabilité en main, en prenant pour base les dépenses médicales faites, pendant un certain nombre d'années, par une société plus ancienne, qui avait adopté le payement à la visite, et en comparant le nombre des membres dans chaque société, que ce chiffre de 400 fr. serait loin d'être jamais atteint avec ce dernier système.

Je lui parlai même de la possibilité d'une économie de 50 %, surtout alors que le prix de la visite ordinaire serait réduit à 1 fr. au lieu de 2 fr. demandés aux ouvriers non affiliés.

Cette considération parut lui sourire, et je pro-

de l'Association générale, proposé à vos discussions par M. Cézilly, et qui a notre assentiment ; s'il avait votre approbation, si vous adoptiez les voies et moyens nécessaires pour le faire aboutir, que votre *Conseil de Direction* vous proposera, en séance le 4 novembre, nous estimons que vous auriez enfin, et sur des bases très larges, opéré au très-grand profit de la profession une transformation de cette *Association générale des médecins de France*, qui est l'objet de notre sollicitude, puisque nous considérons le Concours médical, et toutes les organisations qu'il préconise, comme des forts avancés qu'on construit en avant du gros corps d'armée, pour lui ouvrir des voies, par lesquelles il peut s'avancer avec sécurité dans une région déjà explorée.

Les membres du Concours médical et les adhérents des Syndicats médicaux, membres de l'Association générale, pourront, quand ils le voudront, imprimer à cette Société l'impulsion en avant qui est dans les vœux de tous.

Pour les œuvres d'assistance, le Concours médical n'a pas failli à sa tâche habituelle ; il a continué cet échange ininterrompu de renseignements qui, depuis 10 ans, s'est établi entre les membres de notre Société par questions et réponses, insérées dans le journal. Elles forment entre nous un lien journalier qui, s'il impose une lourde tâche, porte ses fruits, puisqu'il relie les uns aux autres tous les médecins ; ceux qui sont isolés trouvent conseil et appui dans une foule de circonstances délicates.

Cet appui se traduit parfois par des œuvres de bienfaisance confraternelle, par des souscriptions dont le produit sert à soulager des misères imméritées ; il rend le courage aux victimes du sort. Il est bien regrettable qu'il ne soit pas pratique de recourir souvent à ces souscriptions ; les médecins qui calculent en multipliant par cinq et par dix le nombre des membres du Concours, ont de généreuses illusions ; mais ce sont des illusions !

En d'autres circonstances, le *Concours médical* a pu, par sa publicité, contribuer au maintien local des crédits destinés aux lois d'intérêt humanitaire, et, pour n'en citer qu'un seul exemple, c'est, nous écrit un de nos lecteurs, en partie par notre intervention que les crédits de la loi *Roussel* ont été maintenus dans un département de l'Ouest.

Les œuvres du Concours sont appréciées à leur valeur en haut lieu, et c'est un peu pour ce motif que deux membres de notre Société et *présidents des Syndicats*, MM. Gibert et Lardier, ont été appelés au *Conseil supérieur d'hygiène*. Nous sommes certains qu'ils sauront y interpréter les aspirations des médecins de province, de cette armée de praticiens qui, seule, est capable d'appliquer, en France, les lois de l'hygiène et, par conséquent, de transformer le pays. Nos confrères défendront les légitimes intérêts des médecins et le 4 novembre ils pourront nous renseigner sur les travaux de la commission dont ils font partie.

Comme les années précédentes, les *questions professionnelles* ont été sans cesse agitées dans le journal ; en dehors des études qu'il publie chaque semaine dans le *Bulletin des Syndicats* et qui seront énumérées par le Directeur du Bulletin, M. *Dulaurier*, le *Concours* a étudié au jour le jour, tout ce qui préoccupe ses lecteurs. Nous ne pouvons que rappeler ici, dans leur ordre de date, les diverses questions.

Les *Sociétés de secours mutuels de la Seine* ont constitué une *Union médicale*, dont nous avons exposé le mécanisme et les dangers pour les médecins de quartier de Paris.

Si, grâce à l'âpreté de la concurrence et au défaut d'entente, nos critiques n'ont pu s'opposer à cet établissement, nous savons, par un exposé récent, qu'elles ont été prises en considération par le Conseil des Sociétés mutuelles et que des tempéraments ont été apportés aux visées primitives.

Deux membres du Concours, MM. *Béranger*, de Niort, et *Leroy*, de Noyon, ont publié de remarquables considérations sur la *médecine des indigents* et sur les sociétés de secours, et M. Leroy a apporté des arguments décisifs au sujet de la préférence à donner à l'*honoraire par visite*, sur le système de l'*abonnement*.

Nous avons publié nombre de récits et renseignements sur les conflits qui surviennent entre *commissions administratives* et médecins des hospices ; sur le *concours* ; sur le *roulement*.

La *Loi Roussel* a été signalée, en nombre de

---

fitai de cette bonne disposition d'esprit pour lui exposer toute ma manière de faire avec ma clientèle payante, en insistant sur la distinction que j'avais l'habitude d'établir entre la visite simple et les visites urgentes.

On prendrait donc pour base de la visite simple le prix de 1 fr., mais on diviserait les ouvriers en trois catégories, suivant qu'ils habiteraient l'intérieur de la ville, les faubourgs ou des annexes plus éloignées. Il ne fut pas difficile de délimiter ceux-ci, séance tenante. La première catégorie payerait 1 fr. ; on donnerait 1 fr.50 pour la seconde, et la troisième serait cotée 3 fr.

Les visites urgentes seraient augmentées de 1 fr. pour l'après-midi, 2 fr. pour le soir et le matin entre 7 et 9 h., et de 4 fr. pour la nuit.

Je lui fis comprendre que, pour enlever aux membres de la société toute velléité d'abuser du médecin, il serait nécessaire de remettre à chacun d'eux un feuillet imprimé, indiquant les différentes catégories de visites, et rappelant que les suppléments, résultant des diverses visites dites urgentes, seraient supportées par le sociétaire lui-même, à moins d'urgence réelle bien constatée.

Je lui fis aussi entrevoir l'utilité d'adopter un tarif d'honoraires pour les différents cas chirurgicaux, et lui en présentai un, que j'avais dressé auparavant, sachant sa visite, suffisamment rémunérateur pour le médecin, sans être trop onéreux pour les sociétaires.

En l'adoptant, ceux-ci trouveraient une garantie nouvelle des bons soins qui leur seraient donnés, et celui-là une juste rémunération de ses peines.

« Je sais bien, ajoutai-je en finissant au président, qu'il faut tout prévoir, et qu'un ou deux accidents graves auraient vite épuisé la somme que vous comptiez allouer aux médecins. Mais pour une année surchargée, n'aurez-vous pas en perspective, sinon déjà en réalité, des économies sérieuses d'autres années ? Et puis, si, contre toute attente, malgré les bonnes raisons que je vous ai fait valoir et les preuves que je crois vous avoir présentées, l'avenir me donnait tort, comme le contrat qui nous aurait lié ne serait pas indissoluble, il serait toujours temps de le briser, et d'en

circonstances, comme la loi la plus bienfaisante, en vue d'encourager tous nos lecteurs à participer à son fonctionnement ; à en réclamer l'application dans les départements où elle ne fonctionne pas encore.

Le *secret médical*, les *honoraires médico-légaux*, l'*Assistance publique* dans les campagnes, l'*exercice de la médecine civile par les médecins militaires*, les *certificats de décès* et les compagnies d'Assurances, les études sur l'*Association générale*, les rapports des médecins avec les pharmaciens, la responsabilité des aliénistes, l'influence de l'hygiène sur la dépopulation, les rapports des médecins consultants et des médecins traitants ; la cession des clientèles, le privilège des médecins en cas de faillite, etc., etc., tous ces sujets ont été l'objet de nombreuses communications insérées au journal.

En vue de faire connaître aux médecins des carrières accessibles à leurs fils, des Associations dont ceux-ci doivent faire partie, nous avons donné des renseignements explicites sur la *médecine navale*, sur les *instituts dentaires* qui délivrent des diplômes aux jeunes dentistes ; sur les conditions de service dans les *compagnies maritimes* et la *médecine coloniale* et sur l'*Association des étudiants*.

Dans un but différent, nous avons reproduit les bases d'organisation des *Sociétés de la Croix-Rouge*, et Sociétés similaires de *Secours aux blessés* de terre et de mer.

Pour faire naître dans l'esprit de nos lecteurs le désir de les imiter, de nous faire des propositions utiles, nous avons reproduit en entier un travail remarquable de M. *Schoœnfeld*, de Bruxelles, sur les *œuvres d'assistance médicale* dans tous les pays.

M. le Dr Perron a bien voulu, malgré de cruels deuils de famille, reprendre la série de ses remarquables feuilletons et nous espérons que, bientôt, nous serons en possession d'une réédition de son *Honnêteté professionnelle* dont aucun de nous n'a perdu le souvenir.

Le *Conseil de Direction* du *Concours médical* est toujours prêt à étudier et à prendre en considération toutes les propositions des membres de notre Société. Il termine ce rapport en répétant que le témoignage le plus apprécié par lui, consiste dans la propagande des idées de solidarité et d'union qu'il soutient, dans le recrutement de nouveaux adhérents et dans les propositions qu'on veut bien lui soumettre. Il souhaite que ces propositions soient nombreuses et il s'efforcera de les appliquer toutes les fois qu'il en trouvera la possibilité.

LE CONSEIL DE DIRECTION.

Rapport du Secrétaire-Trésorier.

Messieurs et chers confrères,

Pour se conformer au désir que vous avez exprimé dans votre dernière réunion de voir publier, avant la séance annuelle, les différents rapports au corps du journal, le Comité de direction s'est réuni le 14 octobre dernier afin d'examiner et de vérifier les comptes de la Société.

Toutefois, les chiffres qui vous seront présentés à la réunion générale seront un peu différents de ceux d'aujourd'hui, attendu que l'exercice ne sera définitivement clos que le 31 octobre courant. Cette réserve faite, je passe à l'exposé de la situation financière de la société.

CAPITAL INALIÉNABLE.

Au 31 octobre 1887, l'avoir non disponible de la Société se décomposait ainsi :

Portefeuille	31.487.15
Espèces non disponibles	91.93
Total	31.579.08
Depuis cette époque, 47 adhésions nouvelles à la Société ont fait entrer dans la caisse une somme inaliénable de	464.50
Ce qui porte le total du capital inaliénable à	32.043.58

dont 556.43 en espèces sur lesquelles il a été acheté une obligation foncière 1885 (nº 567.822) au prix de 471.10.

---

refaire un autre plus avantageux pour vous. »

Ces longues explications amenèrent enfin la conviction dans l'esprit de mon auditeur, qui me fit espérer une prompte solution favorable à ma manière de voir.

Il sut faire partager sa conviction à la Société, puisqu'on accepta toutes mes exigences, et je sais, pour l'avoir souvent entendu répéter par le Bureau et par un grand nombre de membres, que les choses ainsi arrangées marchent au souhait de tous.

Les sociétaires ont recueilli à ce système un double profit : profit moral, le malade se croyant dorénavant mieux soigné ; profit matériel, les deux premières années leur ayant fait réaliser sur le service médical une économie totale de près de 500 fr., et la troisième en cours s'annonçant aussi bonne que ses aînées.

Nous y avons, nous médecins, conservé intacte notre dignité, et si un peu d'argent, qui nous serait venu avec l'autre système, nous a échappé, nous n'avons pas le droit de nous en plaindre, puisque nous avons été payés en rapport avec nos peines.

A ne voir les choses que terre à terre, il semble un peu naïf de refuser des honoraires qu'on nous offrait, et le côté pécuniaire de notre profession n'est déjà pas si brillant, qu'il faille, de gaîté de cœur, laisser échapper l'occasion de le rendre meilleur.

Mais je pense que la question doit être envisagée de plus haut. Autant nous devons nous montrer fermes dans nos revendications pour les soins donnés à la classe aisée ou riche, car ce n'est pas seulement pour nous une question vitale du moment, mais une question d'avenir, le public payant nous appréciant volontiers par le prix de nos visites, autant nous devons être généreux et désintéressés pour l'ouvrier et le pauvre.

En agissant de la sorte, nous nous relevons à nos propres yeux, et nous n'en retirons que profit et honneur. La perte légère et souvent problématique que nous subissons est largement compensée par nos exigences plus grandes et justifiées à l'égard de l'homme qui possède.

Dr LEROY (de Noyon).

La situation actuelle du capital inaliénable est donc :

Portefeuille	31.958.25
Espèces non disponibles	85.33
Total	32.043.58

CAPITAL DISPONIBLE

Actif.

Au 31 octobre 1887, l'avoir disponible était de	746.94
Pendant l'année qui vient de s'écouler, jusqu'au 14 octobre, notre portefeuille, déduction faite des droits de timbre et de garde, a produit une somme totale de	907.05
Il a été reçu, en outre, dans le cours de l'année :	
Don du Dr Cézilly, directeur du journal	300.00
Dons divers	80.00
Total	2.033.99

Passif.

Le passif se décompose ainsi :

Frais du banquet du 13 novembre 1887	555.00
Don à la Caisse des pensions (caisse annexe)	200.00
Don à l'Union des Syndicats	200.00
Don à la Caisse des Pupilles	200.00
Jetons de présence, déplacements, frais de réception des commissions	646.00
Indemnité au comptable	50.00
Total	1.851.00

Résumé.

Actif	2.033.99
Passif	1.851.00
Balance en faveur de l'actif	182.99

Ce qui porte l'avoir général de la Société à :

Capital inaliénable	32.043.58
Fonds disponibles	182.99
Total général	32.226.57

Nous ferons suivre cet exposé rapide de quelques observations :

En 1886 les frais de notre banquet ne s'étaient élevés qu'à 400 fr., contre 555 cette année ; mais personne de nous ne regrettera cette augmentation de dépenses, puisqu'elle est la preuve que notre réunion générale attire chaque année un plus grand nombre de confrères, et nous n'exprimons qu'un souhait, c'est qu'au budget de l'année prochaine les dépenses de ce chef soient encore plus élevées.

Nous désirons attirer également votre attention sur un second point ; dans le budget des recettes de cette année, le chiffre des dons faits à la Société ne s'élève qu'à la somme de 380 fr., sur lesquels notre généreux directeur figure à lui seul pour 300 fr., tandis que l'an dernier ces dons avaient atteint le chiffre de 649.10. Mais cette diminution apparente n'existe pas en réalité et je me hâte de vous dire qu'ils ont été plus nombreux cette année que la précédente, ce qui prouve que le journal (le *Concours Médical*), organe de notre Société, continue à rendre de nombreux services à nos confrères. La diminution apparente provient de ce que de nombreux dons ont été faits sans affectation spéciale et ont été attribués à la Caisse des Pupilles du Corps médical. Nous avons pensé, en effet, que nous remplirions les intentions de nos sociétaires en procurant dès le début une caisse bien garnie à cette œuvre si utile qui a toutes nos sympathies. De ce chef la Caisse des Pupilles a encaissé 565 fr.35 de dons, ce qui porte en réalité les dons de cette année à 945.35.

Bien que je n'aie plus à vous rendre compte de cette caisse spéciale qui a été remise entre les mains de son trésorier, M. Chastaing, agrégé de l'École de pharmacie et pharmacien en chef de la Pitié, il est juste, ne fût-ce que pour vous en remercier, de vous faire connaître l'actif de cette caisse.

Exercice 1886-87. Don de la Soc. civile du Concours Médical	100 fr.
1887-88 id.	200
Don de notre directeur le Dr Cézilly	200
Dons divers (par le journal)	565.35
Total	1065.35

Cette somme est bien peu de chose si on songe à ce qu'elle deviendra, nous l'espérons, prochainement ; mais, si minime soit-elle, nous avons le droit de nous en montrer fiers, puisqu'elle a servi de base à une création qui sera féconde en résultats, et dont l'initiative revient sans conteste à vous tous et à notre zélé directeur.

Il me reste, pour être complet, à vous rendre compte de la caisse de Prévoyance des assurés sur la vie, soumise par essence à peu de variations et à établir un projet de budget pour l'exercice 1888-89.

CAISSE DE PRÉVOYANCE.

Au 31 *octobre* 1887 :

Portefeuille	7.838.15
Espèces	336.18
	8.174.33

1° *Recettes depuis cette époque :*

a. Coupons	230.70	336.90
b. Versements	106.20	

État de l'Avoir :

Portefeuille	7.838.15
Espèces	673.08

2° *Dépenses :*

Remboursement	463.10
Reste	209.98

Situation au 14 *octobre* 1888 :

Portefeuille	7.838.15
Espèces	209.98
Total	8.048.13

PROJET DE BUDGET POUR L'EXERCICE 1888-89.

Actif.

Revenu du capital inaliénable	930 fr.
Capital disponible	183
Dons probables pendant l'année	487
	1.600 fr.

Passif.

Frais de banquet	500 fr.
Jetons de présence et déplacements	400
Affectations à proposer en séance	700
Total égal	1.600 fr.

Le Secrétaire-Trésorier,

Dr MAURAT.

Rapport du Comité de Rédaction

Après dix années d'existence, le *Concours Médical* n'a plus à retracer le programme qu'il s'est tracé dès le début et dont il s'est efforcé de ne jamais dévier : être effectivement ce que d'autres journaux de médecine ne font qu'annoncer dans leur titre, un journal de praticiens. La fidélité de ses premiers lecteurs et l'adjonction régulièrement croissante de nouveaux abonnés sont les meilleurs gages de l'exactitude avec laquelle le journal a tenu ses promesses.

C'est donc avec satisfaction que le secrétaire de la rédaction vient exposer le résumé des travaux de l'année ; la revision des 52 numéros derniers que nous venons de faire comparativement à ceux d'autres journaux hebdomadaires, à l'occasion de ce rapport, prouve qu'il n'y a pas un seul fait de quelque importance dans l'ordre scientifique, dont le *Concours Médical* ait à se reprocher l'omission ; mais, en outre, ses colonnes contiennent ce qu'on ne trouve nulle part ailleurs, un reflet continuel de la vie professionnelle du médecin français, se peignant dans les lettres de nos correspondants, dans les comptes rendus de nos syndicats.

Si vous voulez bien me permettre de vous faire revoir d'un coup-d'œil ce que vous avez parcouru semaine par semaine depuis notre réunion de l'an dernier, je pense que vous accorderez cette année comme les précédentes votre précieuse approbation au comité de rédaction.

Parmi les questions scientifiques, celles qui ressortissent à la THÉRAPEUTIQUE et à L'HYGIÈNE jouissent à juste titre de la plus grande faveur auprès de nos lecteurs, nous en avons reçu à bien des reprises l'assurance formelle. Aussi avons-nous apporté un soin tout particulier à retracer sous leur vrai jour les débats des sociétés savantes et à résumer les publications relatives à ces questions. Toutes les applications, de jour en jour plus nombreuses, de la méthode antiseptique vous ont été signalées, et vous avez pu apprécier quelles ressources *l'Antisepsie* fournit au praticien dans toutes les circonstances. Ceux d'entre vous qui pouvaient avoir conservé contre les doctrines nouvelles quelque défiance, se seront, nous l'espérons, laissé gagner à la foi communicative que professe à cet égard toute la rédaction.

Parmi les conquêtes les plus récentes de la thérapeutique, nous avons suivi avec le plus grand intérêt l'apparition successive de ces divers médicaments qui présentent cette double et curieuse propriété d'être des antithermiques et des analgésiques ; l'*antipyrine* la première en date, puis l'*acétaniline* et la *phénacétine*. A propos de ces substances s'est dressée la question des *médicaments brevetés*, que M. Dujardin-Beaumetz a su exposer et résoudre à la tribune académique avec l'autorité qui lui appartient. Parmi les méthodes thérapeutiques essentiellement pratiques que nous vous avons fait connaître, une mention doit être réservée à cette ingénieuse application de la réfrigération par le chlorure de méthyle, le *stypage*, qui vous a été exposée par son inventeur lui-même, le Dr BAILLY (de Chambly). Un médicament nouveau, la *saccharine*, pour lequel on a réclamé une place dans la thérapeutique du diabète, se trouve, vous le savez, surtout utilisable comme antiseptique des voies digestives, ainsi que l'a montré M. Constantin Paul. M. le Dr COIGNARD (de Vichy) vous a fait connaître une fois de plus l'attitude sage et réservée qu'un praticien d'expérience doit garder vis-à-vis des médicaments et médications qui visent le diabète.

Les questions d'hygiène qui nous ont préoccupés ont été la *contamination des eaux*, les *intoxications* (celles par les moules, bien étudiée par le Dr Bardet), la *transmission de la syphilis des nourrissons aux nourrices*, les grandes discussions de l'Académie sur la *prostitution*, la *lèpre*, la *pelade*. Vous savez quel soin nous prenons d'élaguer de ces compte rendus toute la partie de pure forme, nous contentant de reproduire les arguments des orateurs. Nous avons applaudi à la création d'un *musée* et d'un *laboratoire d'hygiène*, dus à l'initiative de M. le Dr A. J. Martin et à l'appui de M. le professeur Proust. Un de nos rédacteurs, dont les initiales H. C. ne dissimulent pas sa parenté avec notre directeur, s'est occupé de suivre et de résumer à l'intention de nos lecteurs les travaux les plus importants de la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle, qui, sous la présidence et l'impulsion de M. le professeur Grancher, aborde et résout tant de problèmes importants pour la santé publique.

Je ne dirai rien des revues pratiques de chirurgie, d'obstétrique et de gynécologie, de maladies des voies urinaires et de médecine générale, dans lesquelles MM. les Drs BARETTE, G. LEPAGE, E. DESNOS, P. LE GENDRE, ont continué, comme par le passé, à résumer les travaux les plus récents. Ce genre d'articles a toujours été fort goûté de nos abonnés ; mais nous nous ferons l'interprète de nos collaborateurs en demandant aux lecteurs de nous signaler souvent les sujets qui seraient de nature à les intéresser d'une manière particulière. Peu importe à nos rédacteurs de choisir tel ou tel sujet. Ils sont souvent même embarrassés pour le faire et les indications qui leur seraient données dans ce sens par les lecteurs leur seraient très agréables.

Aux rédacteurs ordinaires bon nombre de confrères de bonne volonté ont apporté leur tribut. Vous n'avez pas oublié les communications que nous avons publiées de MM. LANGLAIS (de Pontivy) sur l'*étiologie du tétanos*, LEGOUX sur le *traitement de la bromhydrose*, COMBAUD sur l'*antipyrine contre la gravelle phosphatique*, COURTOUX sur l'*adénopathie symptomatique*, REIGNIER (de Surgères) sur la *gynécologie*, MARIE (de Saint-Aignan) sur l'*action hémostatique de l'antipyrine*, DELIGNY (de Saint-Gervais) et GRELLETY (de Vichy) sur la *dermatologie*, etc., etc.

Pour certaines parties spéciales de la pratique médicale comme la laryngologie, l'ophthalmologie, l'otiatrique, nous avons eu recours à la collaboration de MM. RUAULT, TROUSSEAU, HERMET.

En médecine légale nous avons eu l'écho de l'enseignement remarquable du professeur Brouardel sur la *responsabilité médicale*, grâce au soin avec

lequel M. DAVÉO a recueilli les plus importantes leçons du maître.

Nous avons, suivant notre habitude de ne pas nous désintéresser des choses de l'enseignement, donné notre opinion sur divers points en litige, tels que la *spécialisation des agrégés* des Facultés de médecine, l'utilité des fonctions *d'inspecteur général*, la création d'une *nouvelle chaire de clinique obstétricale* à Paris. Nous avons donné notre publicité à l'enseignement libre de *l'Ecole dentaire* et de *l'Institut Odontotechnique*.

Toute cette abondante moisson n'est cependant que la moitié de ce que le Concours médical a récolté pour ses lecteurs pendant l'année 1887-1888.

La PARTIE PROFESSIONNELLE proprement dite a été représentée par des travaux aussi intéressants que variés parmi lesquels il suffira de citer ceux qui ont trait au *recrutement des médecins des hôpitaux de province*, aux rapports des médecins avec les *commissions administratives des hospices*, avec *l'administration des prisons*, avec les *sociétés de secours mutuels* et les *compagnies d'assurances*; le *recouvrement* et la *prescription des honoraires*, l'application de la *patente aux médecins militaires* qui font de la pratique civile. Nous avons applaudi à la création du *conseil supérieur de l'assistance publique*, due à l'initiative éclairée de M. Henri Monod, directeur de l'Assistance publique en France, conseil dans lequel ont pris place nos amis, GIBERT (du Havre), A. J. MARTIN et LARDIER, (de Rambervillers). Parmi les questions professionnelles qui ont le plus souvent figuré dans le *Concours médical* au premier rang pour cette année se place *l'organisation de l'assistance publique dans les campagnes*, question d'une importance considérable pour le corps médical et pour la solution de laquelle les pouvoirs publics trouveront, s'ils le veulent, tous les matériaux désirables grâce à l'enquête ouverte dans nos colonnes. Citons encore nos publications relatives à l'organisation des *caisses de pensions, de l'Ordre des médecins*, etc., etc.

Enfin nous nous réjouissons d'avoir retrouvé pour nos feuilletons la collaboration d'un respecté confrère aussi sage que spirituel, le Dr PERRON (de Besançon), éloigné quelque temps de nous par des deuils de familles.

Et maintenant que nous avons terminé cet exposé bien incomplet de ce que le *Concours médical* a offert en pâture à ses abonnés dans l'année écoulée, il nous reste à espérer que ceux-ci ont été satisfaits.

Le Secrétaire de la Rédaction,
Dr P. LE GENDRE.

LA SEMAINE MÉDICALE

Influence des périodes menstruelles sur le sexe des enfants.

M. *Dupuy* (Société de biologie, 13 octobre) déclare, d'après une statistique portant sur plus de 200 familles (plus de 1,000 enfants) que, le sexe d'un premier enfant étant connu, on peut savoir à l'avance quel sera le sexe des enfants qui naîtront dans l'avenir, et en quelque sorte le choisir.

Le premier enfant étant conçu dans une période menstruelle désignée par 1, s'il est du sexe masculin, tous les enfants qui seront conçus, par exemple, dans la 11e, 13e, 15e, 105e, 107e, 109e, etc., période menstruelle suivante seront du sexe masculin. Tous les enfants qui seront conçus dans une période menstruelle paire, c'est-à-dire dans la 12e, 14e, 16e, 106e, 108e, 110e, après la première conception, seront des filles.

Dès lors, si un père de famille veut avoir une fille, après avoir eu une première fois un garçon, il devra compter le nombre des périodes menstruelles présentées par sa femme depuis son dernier accouchement, et la mettre enceinte dans une période menstruelle paire, c'est-à-dire la 2e, la 4e, la 6e, etc., après le premier accouchement. S'il veut avoir un second garçon, il mettra sa femme enceinte dans une période menstruelle impaire, c'est-à-dire la 1re, 3e, 5e, etc., période après le premier accouchement.

Si le premier enfant est une fille, c'est le raisonnement inverse qu'il faut faire. Tous les enfants nés de grossesse gémellaire avec un seul placenta suivent la règle. Dans les cas de placenta double, on peut supposer une superfétation à cheval sur deux périodes.

Cette règle n'est vraie que pour les produits d'un même couple. Si l'un des deux parents change, il faut encore partir du premier produit commun.

L'alcool et sa toxicité.

Aldéhyde benzoïque et benzo-nitrite. (*Essence de noyau*) (1).

M. *Laborde* a terminé la communication commencée dans la précédente séance. « Parmi les essences qui servent à fabriquer les *bouquets*, il en est une qui est considérée comme inoffensive et qui cependant produit des accidents convulsifs *tétaniformes* très caractéristiques. C'est la liqueur de noyau qui contient 5 grammes d'essence ou de bouquet par litre. Ce bouquet est formé de benzo-nitrite et d'aldéhyde benzoïque. Par des injections intraveineuses ou stomacales on détermine chez le chien des accidents tétaniques très nets pouvant *amener la mort*. Le *mécanisme de la mort* paraît intéressant : en effet, à l'autopsie le cœur est en systole et c'est peut-être à cette sorte de tétanisation du cœur que la mort est due. Cela offre de l'intérêt, car on peut ainsi expliquer certaines morts subites chez l'homme dans l'alcoolisme aigu. Cependant, chez l'homme on trouve parfois, dans ces cas, le cœur non pas en systole, mais en diastole; il y aurait alors de l'inhibition cardiaque. Il y a donc vraisemblablement des poisons variés dont l'étude complète serait à entreprendre.

Mais cette essence agit non seulement par ingestion ou injection, elle agit aussi par ses vapeurs. Il suffit, en effet, de flairer le flacon d'essence pour être pris presque immédiatement de céphalalgie et de vertiges. Les expériences mêmes, pour mes aides et pour moi, n'ont pas été sans présenter quelques

(1) Académie de Médecine.

dangers. Un homme de science, étant venu dans mon laboratoire, alléché par l'odeur agréable de l'essence se mit à flairer le flacon, et malgré nos observations en aspira quelques secondes les émanations. Bientôt il pâlit, fut pris de vertiges, de lipothymies et dut se faire reconduire en voiture chez lui, où il dut garder la chambre huit jours.

Un garçon de laboratoire exceptionnellement sobre était pris, chaque fois qu'il assistait aux expériences, de vertiges et de titubations telles que son état d'ébriété n'aurait fait de doute pour personne. La continuité de ces accidents lui amena un embarras gastrique continu qui devint inquiétant, du tremblement surtout des membres inférieurs. Il lui suffit de quitter le laboratoire pour se remettre, mais encore la guérison se fit-elle lentement.

Mes préparateurs ont également présenté des accidents ; mais, en somme, c'est moi qui présente le plus beau type d'intoxication. J'ai commencé par avoir des vertiges, de la céphalalgie, du tremblement, de la dyspepsie. Mais, comme tout disparaissait dans l'intervalle de mes expériences, je m'en tourmentais peu. Actuellement tout ce qui m'entoure est absolument imprégné d'essence : les murs du laboratoire, mes vêtements, mon registre d'expériences, et moi-même comme tout le reste. Un jour je présentai des accidents foudroyants. En sortant du laboratoire je fus pris d'un véritable *ictus vertigineux* avec lipothymie, sueurs profuses, palpitations avec angoisse précordiale et tremblement. Je ne perdis pas connaissance, mais je restai appuyé contre un mur sans bouger, peut-être un quart d'heure, jusqu'à ce qu'un garçon de la Faculté vint me prêter secours.

Il y a un an de cela ; je ne suis pas encore guéri, quoique j'aie absolument cessé ces expériences. Dans les produits éliminés par ma respiration, dans mes urines, il reste encore des traces de l'aldéhyde benzoïque. Je conserve, en outre, encore actuellement, de la dyspepsie alcoolique ; mes vertiges ont à peu près disparu. L'amélioration sembla se produire sous l'influence d'une diurèse due à l'ingestion de raisins.

Dans les distilleries d'essences, des accidents semblables se montrent chez les employés. C'est l'absinthe qui paraît la plus dangereuse. J'ai vu un jeune homme qui s'occupait surtout de la distillation de l'essence d'absinthe, outre les phénomènes que j'ai présentés, il a eu de véritables crises épileptiformes avec chute et obnubilation.

Mais ces accidents peuvent également se montrer, moins intenses, il est vrai, chez des gens qui respirent ces essences d'une façon moins continue et dans un milieu moins confiné et moins saturé. Des faits très nets m'ont été communiqués par MM. Magnan et Legrain, par MM. les Professeurs Brouardel et G. Sée.

On le voit donc, les émanations de ces essences, absorbées par la voie pulmonaire, sont des plus dangereuses. Elles sont une menace pour les distillateurs, comme l'ingestion stomacale est un danger pour les consommateurs.

Modifications de l'action toxique des divers alcools par la purification.

Les substances que je viens d'étudier sont les plus toxiques ; seules de la série, elles provoquent des convulsions ; au-dessous d'elles, on doit ranger à des degrés divers :

1° Les substances pouvant être mortelles, mais sans produire les convulsions. Ce sont par exemple : l'aldéhyde cinnamique qui est un contracturant, le cinnamate d'éthyle. Et parmi les essences-bouquets : le kywis (d'Irlande), le gin (de Londres), le genièvre (de Holande), le sherry-brandy, le duchbitter, l'essence de kirsch.

2° Les substances qui ne sont pas habituellement mortelles : Les benzoates d'amyle et de méthyle, l'acétate d'amyle, les butyrates d'éthyle et d'amyle, les succinates d'éthyle et de méthyle, le formiate, le malate et le valérianate d'éthyle, l'énanthylate d'éthyle, le malate de méthyle, l'acétal et le méthylal, l'acide amyltartrique, etc.

3° Enfin les substances à peu près inoffensives : les essences ou bouquets de rhum, de cassis, de cognac-brandy, de curaçao, de kummel, de marasquin, de bénédictine, d'anisette de Paris, de grenadine, etc.

Voici les conclusions de ce qui précède :

Physiologiquement et expérimentalement, nous savons maintenant que l'industrie fabrique et offre à la consommation publique des produits éminemment toxiques et dangereux, qu'elle dissimule sous le masque alléchant d'un arôme agréable. Nous savons que l'alcool lui-même, élément fondamental, obligé, de toutes ces préparations, contient, soit grâce aux procédés défectueux de distillation, soit grâce à l'addition préméditée et réalisée, les produits les plus toxiques et jusqu'aux convulsivants.

Hygiéniquement que convient-il de faire ?

La première question qui se pose est la suivante : la purification des alcools, quels qu'ils soient, est-elle capable de les débarrasser des produits impurs qu'ils renferment ?

En second lieu, est-il possible de déceler par des procédés appropriés les produits toxiques surajoutés ?

1° A priori, étant donnés les moyens très perfectionnés de purification par la distillation, il était aisé de prévoir la possibilité d'obtenir un produit d'une pureté réelle et constante. Voici à ce sujet ce que nous ont donné les recherches expérimentales.

Le résultat essentiel de nos expériences, celui qui s'applique pratiquement, c'est que l'alcool éthylique, quelle qu'en soit la provenance, donne lieu à des phénomènes physiologiques identiques : une rectification complète rend égaux, pour ainsi dire, devant la physiologie tous les alcools d'industrie, avec la réduction au minimum de leur nocuité.

Rectifier, purifier les alcools, voilà donc le grand moyen de parer au danger et la solution fondamentale du problème.

Mais, là où la solution apparaît, commencent les difficultés de la mise en pratique, car alors se pose la seconde question.

Comment reconnaître et apprécier l'état et le de-

gré de purification nécessaire des alcools en circulation et déceler leurs impuretés ?

Quels que soient les efforts faits dans ces derniers temps pour arriver, à l'aide de procédés chimiques extemporanés, à la solution pratique de cette question, de manière à fournir une base à la répression légale et à la législation sur la matière, il y a, à ce sujet, un desideratum, que nos recherches expérimentales permettent de mettre en lumière. Il manque aux procédés actuels un critérium expérimental. Jusqu'à ce que le réactif physiologique soit trouvé, on aura l'indice d'une impureté quelconque, mais non la preuve de la fraude et sa nature vraie.

Mais ce que je tiens ici à répéter, c'est que nous sommes en présence d'un attentat général, permanent, à la santé publique, particulièrement criminel, puisqu'il indique de la part du coupable la préméditation savante, qu'il spécule sur une nécessité de l'alimentation, en s'efforçant de favoriser et d'alimenter l'entraînement passionnel le plus irrésistible, source de déchéance pour l'individu et pour sa race.

Aussi les principes de défense sociale s'imposent-ils ici dans leur application la plus absolue, et la répression légale doit-elle s'exercer dans toute sa rigueur. »

— Après la communication de M. Laborde, quelques observations ont été échangées entre MM. Dujardin-Beaumetz et Bouchard sur la valeur des injections intra-veineuses comme moyen d'expérimenter la toxicité des substances ; entre MM. Laborde et Lancereaux sur la question de savoir si les accidents convulsifs de nature hystériforme ou épileptiforme qui surviennent après l'abus de l'absinthe sont imputables à l'alcool ou à l'essence.

REVUE D'OBSTÉTRIQUE ET DE GYNÉCOLOGIE

I. — Curage et écouvillonnage de l'utérus dans l'endométrite septique.

Nous avons décrit (1) le procédé du curage et de l'écouvillonnage de l'utérus dans l'endométrite chronique ; c'est à M. Doléris que revient l'honneur d'avoir préconisé en France cette méthode de traitement qui donne de bons résultats dans nombre de cas. C'est cette méthode que quelques accoucheurs veulent employer aujourd'hui dans le traitement des accidents septicémiques consécutifs à l'accouchement ; c'est elle que M. Charpentier vient de recommander, dans une communication récente à l'Académie, comme un bon traitement de l'endométrite septique puerpérale, lorsque les injections intra-utérines ne suffisent pas.

Voici le manuel opératoire qu'il recommande :

1° *Position de la femme.* — Elle doit être placée dans la position obstétricale, le siège débordant le lit, les jambes écartées et maintenues par des aides.

2° *Lavage vaginal.* — On fait à la femme un grand lavage vaginal avec la liqueur de Van Swieten dédoublée.

3° *Abaissement de l'utérus.* — On procède ensuite à l'abaissement de l'utérus : l'index de la main gauche est introduit dans le vagin et va à la recherche du col. Celui-ci est fixé par le doigt, et la main droite, armée d'une longue pince à griffes, va saisir son bord antérieur. L'index gauche est alors retiré du vagin ; la main gauche est placée sur le fond de l'utérus qu'elle presse légèrement en bas. Le col est ainsi amené facilement jusqu'à la vulve : s'il n'est pas souple et dilatable, on pratique la dilatation artificielle à l'aide d'un ditatateur métallique. On déprime le périnée et la paroi postérieure du vagin à l'aide d'une valve de Sims. Lorsque le col est ouvert, on fait avec une sonde à double courant un grand lavage intra-utérin avec la liqueur de Van Swieten dédoublée.

4° *Curage de l'utérus.* — On introduit la curette de Récamier jusqu'au fond de l'utérus et on procède au curage qui doit être pratiqué hardiment et renouvelé tant que la curette ramasse des débris putrilagineux.

5° *Ecouvillonnage.* — Pour compléter le curage on introduit dans la cavité utérine un écouvillon de volume variable, trempé dans de la glycérine créosotée à parties égales : on fait un dernier nettoyage de la cavité utérine, en même temps qu'on y porte un antiseptique caustique puissant.

On fait alors un dernier lavage intra-utérin, puis on abandonne à lui-même l'utérus qui remonte aussitôt dans le bassin. — Enfin, on introduit dans le vagin une bande de gaze iodoformée, et la malade est remise dans son lit. — La bande est changée toutes les douze ou vingt-quatre heures ; avant d'en replacer une autre, on fait à la malade une injection vaginale antiseptique.

M. Charpentier pense que le curage suivi de l'écouvillonnage dans la métrite infectieuse puerpérale est « un moyen merveilleux qui nous permettra de réduire encore la mortalité puerpérale déjà si atténuée depuis l'emploi des injections intra-utérines ». Nous devons à la vérité de dire que la lecture attentive des cinq observations rapportées par M. Charpentier n'a pas entraîné notre conviction sur l'utilité de ce traitement et que nous comprenons fort bien les réserves faites par M. Guéniot qui pense que, dans bien des cas, le lavage intra-utérin est suffisant. Il reste donc à poser plus nettement que ne l'a fait M. Charpentier, les indications du curage dans le traitement des accidents puerpéraux.

II. Causes qui déterminent la création des sexes.

A propos de la communication récente de M. Lagneau à l'Académie sur les conditions démographiques de la diminution et de l'accroissement des familles, M. Charpentier rappelle quelques observations faites sur les causes qui déterminent la création de tel ou tel sexe.

Il paraît assez nettement établi que, quand l'homme est de dix ans plus âgé que la femme, et que celle-ci se trouve à l'âge de la plus haute activité reproductrice, il naît plus de garçons que de filles. — De plus le facteur fécondant qui est le plus énergique au point de vue du sexe, possède la propriété d'engendrer plus d'individus de son propre sexe. Enfin le coït pratiqué tardivement après la menstruation (8 jours au minimum) favorise la production des garçons.

D'autre part il résulte des recherches de Bidder que :

(1) *Concours médical*, 1887.

1° Les très-jeunes primipares engendrent plus de garçons ; 2° les primipares d'âge moyen, c'est-à-dire en pleine floraison génitale, engendrent plus de filles ; 3° passé cette période, les femmes engendrent plus de garçons ; 4° les résultats sont les mêmes chez les multipares, mais l'âge où apparaît la diminution du chiffre des garçons est un peu plus avancé chez elle. Il semblerait donc, d'après Bidder, que le sexe tient à la qualité mâle ou femelle de l'ovule.

M. Lagneau rappelle que des travaux anciens ont montré que les jeunes époux ont des filles plutôt que des garçons et que dans les ménages où les maris sont plus âgés que les femmes, les garçons prédominent. Que d'inconnues dans cette question de la génération !

III. Des ulcérations du col de l'utérus (1).

M. Bouilly, dans une leçon très intéressante sur ce sujet, cherche à établir la pathogénie de ces lésions, et insiste sur les conditions particulières qui les ont produites et qui les entretiennent. Limitant son étude aux ulcérations simples, c'est-à-dire sans complication d'un néoplasme sous-jacent ou d'une infection tuberculeuse, il montre que toutes les variétés d'aspect soit du col, soit de son ulcération relèvent toutes de deux conditions pathogéniques indispensables à leur production, à savoir : la *déchirure de l'orifice utérin* et *la métrite*.

L'ulcération *vraie* doit être soigneusement distinguée de l'ulcération superficielle, de l'*exulcération* qui occupe les bords de l'orifice du museau de tanche *non déchiré* et peut même empiéter sur la portion vaginale du col. Cette exulcération simple, desquamation de l'épithélium *pavimenteux* de la muqueuse *vaginale* du col, semble due au contact irritant des liquides sécrétés par l'utérus et surtout par le vagin ; sa présence n'entraîne ni les mêmes accidents, ni les mêmes indications que l'*ulcération vraie du col*.

Celle-ci au contraire part de la muqueuse *utérine*, empiète à l'extérieur, s'y étale et semble y être née, alors qu'en réalité elle n'existe que sur la *muqueuse intra-cervicale*. Cette ulcération, c'est la muqueuse du col *extériorée*, gonflée, proliférante et ulcérée ; c'est l'endométrite du col devenue extérieure ; c'est l'*ectropion* de la muqueuse enflammée à travers le col déchiré ou c'est la muqueuse vue par l'écartement des lèvres du col, s'il n'y a pas d'ectropion. Inflammation chronique de la muqueuse, hypertrophie de cette muqueuse et des tissus sous-jacents glandes et tissu cellulaire renversement à l'extérieur de tous ces tissus trop à l'étroit, tel est, d'après M. Bouilly, l'enchaînement des phénomènes.

Cet aspect particulier du col ulcéré (fente transversale circonscrite par des surfaces muqueuses ulcérées et plus ou moins renversées) n'existe *jamais* chez les femmes enceintes n'ayant pas eu un accouchement ou une fausse couche ; la déchirure plus ou moins grande de la parturition est un des éléments indispensables à la production de cet état.

Pour que l'ulcération se produise sur un col déchiré, il est nécessaire qu'il y ait de l'endométrite qui s'accompagne des symptômes ordinaires ; l'ulcération par elle-même ne cause pas de troubles particuliers ; dans quelques cas seulement, elle est le siège d'une sensibilité spéciale sur laquelle Emmet a beaucoup insisté, sensibilité siégeant à l'un des angles ou aux deux angles de la déchirure et capable de donner lieu à des phénomènes réflexes variés. De plus, l'ulcération, une fois créée, peut devenir par elle-même la source d'accidents locaux et généraux variés, entretenir et aggraver les phénomènes inflammatoires.

Aussi, dans le traitement de l'ulcération, faut-il tenir un large compte de cette double condition pathogénique de l'endométrite et de la déchirure du col. Outre le traitement de l'endométrite, il faut pratiquer (opération d'Emmet) la suture des lèvres de la déchirure aussi bien sur les côtés que sur leur bord antérieur. Les résultats de cette opération sont généralement excellents : le col reprend sa forme ; à la muqueuse cervicale ulcérée se substitue la muqueuse vaginale saine ; le col conique à base inférieure est remplacé par un cône à base supérieure. Si l'opération a été faite en temps opportun, si elle s'accompagne d'un traitement antérieur ou contemporain de l'endométrite concomitante, au bout de peu de temps, le col subit une telle transformation dans sa forme et son volume, qu'il est impossible de reconnaître l'ancien état pathologique et de méconnaître l'évident bénéfice de l'intervention.

(1) *Semaine médicale*, 5 septembre 1888.

IV. — Le chloroforme en obstétrique (1).

M. Budin admet que l'analgésie peut être déterminée par le chloroforme ; dans un certain nombre de cas, en faisant respirer du chloroforme aux femmes en travail, on peut déterminer la disparition complète de la sensibilité à la douleur, alors que les autres modes de sensibilité, l'intelligence, l'ouïe, et la motilité demeurent intacts. Voici ce qui se passe dans les cas de ce genre : lorsque la parturiente a respiré quelques bouffées de chloroforme, ce sont d'abord les douleurs péri-utérines qui disparaissent ; les femmes éprouvent un soulagement notable ; puis ce sont les douleurs utérines elles-mêmes qui s'évanouissent. La femme a, dans l'abdomen, la sensation de quelque chose qui serre, qui presse, et la main mise sur le ventre constate que cette sensation coïncide avec une contraction de l'utérus. Chez certaines femmes, il est impossible de déterminer l'analgésie : la sensibilité à la douleur ne disparaît qu'avec les autres modes de sensibilité. Parfois enfin on n'obtient de résultats utiles qu'en déterminant aussi l'abolition de l'intelligence et de l'ouïe, en se rapprochant de l'anesthésie complète. Quand on doit pratiquer une opération facile, l'analgésie peut suffire ; mais en général il vaut mieux donner le chloroforme à dose chirurgicale, amener la disparition de la motilité et arriver jusqu'à la contraction et à l'immobilité de la pupille.

Pour donner le chloroforme en ville, M. Budin se sert d'un petit appareil qui se compose de deux armatures métalliques exactement semblables comme forme ; elles sont ovalaires et superposées, la supérieure est articulée avec l'inférieure et mobile sur elle. On fixe entre les deux armatures un morceau de flanelle qui se trouve soulevé vers son milieu par un arc de cercle en métal placé perpendiculairement à l'armature inférieure, à laquelle il adhère. On obtient ainsi une sorte de masque très léger qui est facilement manié et ne cache que le nez et la bouche.

Le chloroforme est contenu dans un flacon en verre jaune, plan d'un côté, sphérique de l'autre : ce qui permet de le poser à plat sur le lit ou sur une table. Ce flacon est muni d'un robinet à levier qu'un seul doigt peut ouvrir ou fermer à volonté.

(1) *Bulletin médical*, septembre 1888.

L'armature et le flacon, auxquels on ajoute une pince, sont réunis dans une petite boîte qu'on peut mettre dans la poche. Il est important de ne faire usage que de chloroforme absolument pur. Généralement on le fait respirer tout à fait au début de la douleur et on cesse quand elle a disparu. Au bout de peu de temps, il suffit de surveiller le retour de la contraction et de donner l'anesthésique pour que la douleur n'apparaisse pas. A la fin de la période d'expulsion, quand la tête est à la vulve et que la femme fait de violents efforts, il est bon d'augmenter la dose du chloroforme : la sortie du fœtus n'est alors nullement douloureuse.

Le chloroforme est surtout indiqué chez les femmes très nerveuses qui souffrent beaucoup au moment de la parturition, dans les cas de rigidité de l'orifice utérin ou lorsque les contractions utérines sont fréquentes et subintrantes. D'après M. Budin, les femmes soumises à l'analgésie obstétricale ne seraient pas plus exposées que d'autres aux hémorrhagies de la délivrance : de plus, l'administration du chloroforme chez la mère n'aurait aucune influence fâcheuse sur la santé du fœtus.

V. TRAITEMENT DES HÉMORRHAGIES POST PARTUM PAR LA COMPRESSION INTRA-UTÉRINE DE L'AORTE (1).

Le Dr Séjournet (de Revin) préconise ce procédé pour parer aux dangers redoutables de l'hémorrhagie *post-partum*. Il rappelle d'abord les différents procédés employés dans le même but et dont voici le résumé :

I. Procédés hémostatiques internes (administration de l'ergot de seigle pulvérisé, injections sous-cutanées d'ergotine et d'ergotinine, vinaigre (Gugg), térébenthine à la dose d'une demi-once émulsionnée avec un œuf (Pollard) (etc.)

II. Procédés hémostatiques externes qui sont : *a*) *extra-utérins* (lotions et affusions froides, révulsifs, inversion du corps, compression ventrale par bandages (Deneux), compression du globe utérin avec la main (Saussier), compression abdominale de l'aorte (Baudelocque), galvanisme, etc. Quelques manœuvres telles que la ligature faite à la racine des membres, les injections hypodermiques d'éther, la transfusion, n'ont pas tant pour but d'arrêter l'hémorrhagie que de stimuler la femme défaillante et menacée de syncope) ; *b*) *intra-utérins* (glace ou éponges imprégnées d'eau glacée introduites dans l'intérieur de la matrice, jus de citron (Ory), éponge mouillée d'eau-de-vie (Ricketts), injections intra-utérines de teinture d'iode (1/2), de perchlorure de fer (1/4), injections d'eau chaude à la température de 40° ou 50°, tamponnement vaginal, soit avec le tampon de charpie, soit avec le double ballon de caoutchouc de Chassagny, etc.)

Voici maintenant en quoi consiste la *compression intra-utérine de l'aorte*, recommandée par M. Séjournet : quand on se trouve devant une hémorrhagie soudaine, abondante ou même foudroyante, en même temps qu'on fait administrer de la poudre d'ergot fraîchement préparée, on engage rapidement la main, après l'avoir soigneusement lavée et désinfectée au sublimé (solution à 1 p. 2000), dans la cavité utérine ; on cherche l'aorte dont les battements sont faciles à rencontrer et aussitôt on la comprime avec les doigts sur la colonne vertébrale : immédiatement le sang s'arrête. On laisse là la main le plus longtemps possible jusqu'à ce que la fatigue force à la retirer, soit au bout de dix, quinze ou vingt minutes. Quand on est à bout de forces, on fait comprimer par un aide l'aorte à travers la paroi abdominale : si le sang ne reparaît pas, on s'abstient de réintroduire la main dans l'utérus ; on continue seulement la compression extra-utérine, en alternant avec l'aide. Si l'hémorrhagie continue, si la compression par l'abdomen est difficile en raison de la résistance des parois du ventre, si l'opérateur est fatigué, il prie l'aide (le plus souvent une sage-femme) d'introduire à son tour la main dans la matrice et d'y exercer la compression intra-utérine de l'aorte. « Notre procédé, ajoute le Dr Séjournet, nous a toujours parfaitement réussi dans les cas les plus graves et n'a jamais entraîné d'accidents imputables à son application. Du reste nous avons soin de prévenir les suites fâcheuses qui pourraient en résulter par l'usage d'injections antiseptiques dans le vagin et l'utérus lui-même. »

Nous admettons parfaitement que cette méthode « énergique, rapide, sûre et à la portée de tous » donne d'excellents résultats *immédiats* au point de vue de l'arrêt de l'hémorrhagie ; toutefois, nous ferons quelques réserves sur son utilité et sur son innocuité, même, surtout après avoir lu attentivement les *cinq* observations de notre confrère. Ce qui nous semble dangereux dans cette méthode, c'est d'introduire dans l'utérus, en contact direct avec la surface interne de l'utérus, une main qui peut ne pas être très-bien stérilisée, puisque M. Séjournet recommande l'emploi de sa méthode dans les cas où il y a urgence très grande, où l'on est mal outillé, lorsque les conditions matérielles ne permettent que difficilement l'usage des injections très chaudes. Or ce séjour prolongé dans la cavité utérine d'une main qui peut être septique nous paraît plein de dangers.

C'est pourquoi il nous semble que, lorsqu'on se trouve en présence d'une hémorrhagie grave *post-partum*, lorsqu'on ne peut songer à l'emploi des injections chaudes, qui sont si efficaces, il faut recourir à la compression de l'aorte par l'abdomen ; ce procédé, beaucoup plus simple, qui est généralement facile à employer, suffit souvent à arrêter l'hémorrhagie et ne fait en tout cas courir à la femme aucun danger du fait de l'intervention. Si, pour une raison quelconque (bien rare à la vérité), on ne peut comprimer l'aorte à travers la paroi abdominale, le procédé du Dr Séjournet peut rendre des services ; mais ce ne sera que dans des cas tout à fait exceptionnels.

VI. — CONDUITE A TENIR DANS LES CAS DE RÉTRÉCISSEMENT DU BASSIN.

Dans le n° de septembre des *Archives de Tocologie*, dont il est le rédacteur en chef, M. Auvard résume un intéressant travail de Léopold (de Dresde) sur l'opération césarienne dans ses rapports avec l'accouchement prématuré provoqué, la version et la crâniotomie dans les bassins rétrécis.

Quand le diamètre promonto-pubien minimum mesure plus de 7 c. 5, on provoquera l'accouchement plutôt que d'attendre le terme de la grossesse pour exécuter l'opération césarienne. S'il s'agit d'un bassin mesurant moins de 7 cm. 5 ou de 7 cm., les chances de vie de l'enfant étant très faibles, on pratiquera volontiers l'opération césarienne si les parents désirent un enfant vivant. Lorsque les méthodes d'élevage des enfants nés avant terme permettront de conserver à la vie ces enfants dans une plus grande proportion qu'aujourd'hui, les indications de la section abdominale iront en diminuant.

Dans les bassins généralement rétrécis jusqu'à un minimum de 7 c. 5 de rétrécissement, dans les

(1) *Annales de gynécologie*, octobre 1888.

bassins plats simples jusqu'à un minimum de 7 cent. si la grossesse est à terme et l'enfant de moyenne grosseur, on doit d'abord abandonner l'accouchement aux seuls efforts de la nature ; si une intervention devient urgente, on a recours à la version et à l'extraction, au besoin (??) même au forceps et au perforateur ; il faut en général s'abstenir de pratiquer l'opération césarienne. En cas de résultat défavorable des précédents modes d'intervention, on provoquera l'accouchement avant terme à la grossesse suivante.

La crâniotomie exécutée avec la plus parfaite antisepsie donne les meilleurs résultats pour la mère, même dans les cas les plus graves. La crâniotomie sur l'enfant vivant sera pratiquée dans les cas où le terme de la provocation de l'accouchement sera passé, où une autre opération conservatrice sera inapplicable et où manqueront les conditions nécessaires à l'exécution de la section césarienne. Le médecin pratiquera toujours de préférence la crâniotomie à la section césarienne, parce qu'elle est l'opération la moins dangereuse.

D'ailleurs pour pratiquer avec chances de succès la section césarienne, il faut que les conditions suivantes soient remplies :

1° La parturiente ne doit pas être épuisée et autant que possible elle doit être au début du travail ;

2° Elle ne doit pas être infectée ;

3° Il faut que les bruits du cœur du fœtus soient normaux ;

4° Il est indispensable que l'opérateur et ses aides connaissent l'antisepsie et soient au courant des moindres détails de l'opération.

Léopold a résumé dans le tableau suivant la statistique pendant quatre ans de la Maternité de Dresde « où sont appliquées avec toute leur rigueur les règles de la plus sévère antisepsie » :

	Mortalité maternelle brute.	Mortalité maternelle par infection.
Après l'accouchement prématuré provoqué...	1 : 47 = 2,2 %	1 : 45 = 2,2 %
Après la version et l'extraction	4 : 83 = 4,8 %	0 : 83 = 0 %
Après la crâniotomie....	2 : 71 = 2,8 %	0 : 71 = 0 %
Après l'opérat. césarienne	2 : 23 = 8,6 %	1 : 23 = 4,3 %

Nombre des enfants qui survivent :

à l'accouchement prématuré provoqué....................... 66,6 %.
à la version et l'extraction....... 59, %.
à la crâniotomie................ 0,0 %.
à l'opération césarienne......... 20,23 = 87,0 %.

Il est intéressant de voir, d'après ces conclusions, que l'opération césarienne dans les cas de rétrécissements moyens du bassin perd du terrain même en Allemagne où on pensait, il y a quelques mois, qu'elle allait détrôner la crâniotomie. C'est là un triomphe pour l'école Française qui a su résister aux entraînements de la manie opératoire ; le basiotribe donne, en effet, une sécurité complète et rend singulièrement facile la crâniotomie.

Nous ne doutons pas que la méthode française qui triomphe aujourd'hui au sujet de la crâniotomie, n'emporte dans l'avenir un autre succès à l'égard du forceps dans les rétrécissements du bassin : cet instrument semble en effet délaissé à l'étranger, et particulièrement en Allemagne, il ne serait d'aucune utilité au détroit supérieur dans les cas de rétrécissement du bassin ou serait tout au moins inférieur à la version podalique. Or nous avons la conviction que lorsqu'on saura bien mettre en pratique les règles formulées par M. Pinard et que nous avons exposées dans notre thèse, le nombre des enfants vivants passant à travers un bassin même fort rétréci augmentera dans de singulières proportions ; les résultats seront d'autant meilleurs que l'on peut désormais plus rapidement et plus sûrement provoquer l'accouchement prématuré à l'aide du ballon dilatateur de M. Champetier de Ribes.

Dr G. Lepage.

NOUVELLES

Cours d'accouchements. — MM. les docteurs G. Lepage et J. Potocki, anciens internes des hôpitaux, commenceront le lundi 12 novembre, à 4 heures 1/2, un cours *pratique* d'accouchements.

Ce cours *gratuit* aura lieu tous les jours de 4 heures 1/2 à 5 heures 1/2, 41, rue des Ecoles (à l'Association générale des étudiants). Ce cours sera complet en 36 leçons et comprendra des exercices pratiques sur le mannequin.

MM. les étudiants qui désirent suivre ce cours sont priés de se faire inscrire soit chez le Dr G. Lepage, 10, rue Godot de Mauroi, chez le Dr J. Potocki, 104, rue du faubourg Poissonnière ou au secrétariat de l'Association générale, 41, rue des Ecoles.

BIBLIOGRAPHIE

L'éditeur Octave Doin publie un nouveau volume du Dr E. Monin, intitulé : *l'Alcoolisme*, étude médico-sociale. Dans ce remarquable travail, qui a obtenu le premier prix de la Société française de Tempérance, l'auteur s'attache, avec netteté et compétence, à vulgariser les maux des buveurs, l'action de l'alcool sur la descendance, dans les différentes races et professions, chez les soldats, la femme, l'enfant, etc. Le dernier chapitre intéressera surtout par ses aperçus philosophiques et économiques et ses formules nouvelles de traitement.

L'ouvrage du Dr Monin, écrit d'une manière très fine et très littéraire, est précédé d'une intéressante préface de Dujardin-Beaumetz.

NÉCROLOGIE

Le corps de l'Internat des hôpitaux de Paris vient d'être cruellement frappé. Gautier, interne de M. le Dr Labbé, chirurgien de l'hôpital Beaujon, est mort lundi dernier à Fismes (Marne), à l'âge de 28 ans. Une congestion pulmonaire a enlevé en quelques heures ce malheureux jeune homme dont la santé était chancelante depuis longtemps.

Il avait senti ses forces décliner depuis l'époque où il avait entrepris avec Thaon des expériences sur les animaux. Peut-être les pulvérisations de crachats tuberculeux, qu'il fit pendant longtemps, ne sont-elles pas étrangères à l'affection qui le minait sourdement.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU CONCOURS MÉDICAL

M. le Dr Peton, à Saumur, présenté par M. le docteur Coutand, de Saumur.

M. le Dr Labat, à Gimbrède (Gers), présenté par M. le docteur Destival, de Miradoux.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise).— Imp. DAIX frères, place St-André, 3.

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE ANNUELLE

DE LA

SOCIÉTÉ DU CONCOURS MÉDICAL

ET DE

L'UNION DES SYNDICATS.

Chers confrères,

La *Société du Concours médical* est en relations constantes avec ses adhérents par le journal, et l'*Union des Syndicats* ; avec tous les Associés, par le *Bulletin des Syndicats*. L'échange de vues et de bons offices est, par conséquent, incessant.

Mais il faut qu'une fois au moins par année, un contact plus intime puisse s'établir entre nous. Tel est le but de nos Assemblées générales et du Banquet qui les suit. Votre présence consacre ainsi les actes accomplis, et les discussions et les propositions faites en Assemblée ont plus de chances d'aboutir.

Nous avons, cette année, comme les précédentes, des questions très intéressantes à vous soumettre.

Le *Conseil de Direction* du Concours et le *Bureau de l'Union* attachent le plus grand prix à votre présence à nos réunions. Ils vous prient de prendre, dès ce moment, vos dispositions pour venir faire connaissance ou pour renouveler avec des confrères qui, l'année tout entière, se sont préoccupés de vos intérêts.

Venir, c'est nous encourager à servir la profession encore mieux que nous n'avons pu le faire jusqu'ici ; vos conseils seront écoutés, vos vœux seront mis à exécution.

L'*Assemblée* aura lieu à deux heures précises, le *Dimanche* 4 novembre, dans les salons du Grand-Hôtel, boulevard des Capucines, et le banquet à 6 heures 1/2.

Nous espérons que l'Assemblée sera nombreuse et qu'elle accomplira sa tâche annuelle à votre satisfaction. Veuillez nous informer de votre *intention d'assister au Banquet* en vue des dispositions que comporte le repas. Si vous êtes empêché, prière de nous transmettre de suite le texte des propositions que vous voudriez soumettre à l'Assemblée.

Le Directeur,
A. CÉZILLY.

LA SEMAINE MÉDICALE

Contagiosité et traitement antiseptique de la vulvo-vaginite des petites filles.

Pendant longtemps les médecins ont considéré la vulvite si fréquente dans les agglomérations de petites filles (hôpitaux, pensionnats,) comme la conséquence du tempérament lymphatique. Le public en revanche est trop souvent enclin, dans la classe ouvrière particulièrement, à confondre cette leucorrhée

vulvo-vaginale avec la blennorrhagie résultant d'une tentative de viol ; que de fois on voit arriver aux consultations des hôpitaux des mères inquiètes qui soupçonnent quelque voisin d'avoir communiqué à leur enfant *du mauvais mal,* quand il s'agit d'une vulvite simple ! Depuis quelques années cependant, c'est-à-dire depuis que la pathogénie microbienne est en plus grand crédit auprès des médecins, depuis qu'on connaît la nature microbienne de l'impétigo, on tendait à admettre la nature parasitaire de la vulvite qui se montre souvent à l'état épidémique dans les agglomérations d'enfants. Le Dr Suchard, médecin des bains de Lavey (en Suisse), a publié cette année même, dans la *Revue mensuelle des maladies de l'Enfance*, la relation d'une épidémie de ce genre, dans laquelle la transmission du contage a paru se faire par l'intermédiaire de l'eau dans une piscine où des petites filles se baignaient successivement.

Mais M. le Dr A. Ollivier, médecin de l'hôpital des Enfants, vient d'observer avec une précision plus grande encore des faits qui éclaircissent pleinement la pathogénie de cette vulvo-vaginite (1).

Au mois de juillet dernier, dans la salle Bazin de son service, se trouvaient deux petites filles atteintes de vulvo-vaginite.

Au bout de trois semaines, 15 autres enfants présentaient la même affection. Les infirmières chargées des deux petites malades ne se lavaient pas les mains avant de soigner d'autres enfants, elles employaient les mêmes éponges. Le même vase de nuit mal nettoyé passait de lit en lit. Il est donc facile de comprendre comment les deux premiers cas introduits dans le service furent bientôt suivis de 15 autres. La contre-expérience est aussi démonstrative : on obligea les infirmières à se laver les mains avec des liquides antiseptiques, à renoncer aux éponges et à ne laver les enfants qu'avec des tampons de coton hydrophile détruits immédiatement après chaque enfant. Les vases de nuit, la planche des cabinets sur laquelle les enfants s'asseyaient furent désinfectés, et à partir de ce jour-là il n'y eut plus d'autres cas de vulvo-vaginite dans le service.

M. Ollivier ne peut dire si le microbe de la vulvo-vaginite est une bactérie spéciale ou un des microbes vulgaires de la suppuration. Il continue des recherches à ce point de vue, avec M. Luzet, son interne.

En tout cas, c'est un microbe d'une médiocre vitalité ; car l'antiseptique le plus usuel, l'acide borique, qui est un microbicide faible en somme, suffit parfaitement. Depuis deux ans j'ai toujours réussi à guérir en quelques jours toutes les vulvo-vaginites par le traitement suivant : Irriguer plusieurs fois par jour la vulve et l'entrée du vagin avec de l'eau boriquée saturée chaude. Absterger ensuite avec du coton hydrophile. Saupoudrer sur les parties rouges et quelquefois excoriées de la muqueuse de l'acide borique finement pulvérisé et placer entre les lèvres de la vulve un peu de coton ou un petit linge de toile fine imprégné de glycérolé d'amidon borique à 3 gr. pour 30 gr.

(1) Académie de médecine, 23 octobre 1888.

La saccharine comme antiseptique en ophthalmologie.

M. C. *Paul* avait signalé il y a quelques mois l'emploi possible de la saccharine comme antiseptique des voies digestives et surtout de la bouche ; il y voyait un dentifrice de premier ordre. Voici que M. Trousseau vient de l'essayer en ophthalmologie. Il s'est servi de deux solutions bicarbonatées, la première à 1 gr. de saccharine pour 500 gr. d'eau, la deuxième à 1/250. Après s'être assuré par des irrigations abondantes sur les yeux de chiens et de lapins que ces solutions étaient parfaitement inoffensives pour la cornée, il a expérimenté sur 30 malades ou opérés.

Des pansements à la saccharine, renouvelés chaque jour avec lavages répétés à chaque pansement, ont été supportés sans aucune réaction pendant 5 ou 6 jours. La solution forte a modifié très rapidement plusieurs conjonctivites catarrhales. Deux opérés d'énucléation ont guéri sans suppuration. Trois iridectomies ont parfaitement réussi, ainsi qu'une transplantation des cils et deux ténotomies des droits internes. Enfin dans 8 opérations de cataracte la plaie était assez coaptée le 5e ou 6e jour pour qu'on pût enlever le bandeau.

M. C. Paul ajoute que la saccharine ne détériore pas les instruments, qu'elle n'est ni caustique ni toxique.

Pouls lent permanent et urémie.

M. *Debove* rappelle à la Société médicale des hôpitaux, 26 octobre 1888, que le pouls lent permanent s'observe à la suite de lésions de l'encéphale ou de la moelle, dans les maladies du cœur, et dans d'autres dont la pathogénie est demeurée obscure, malgré l'hypothèse émise par M. Charcot relativement à l'existence d'altérations bulbaires dans ce cas. Il est habituel de voir la lenteur permanente du pouls être accompagnée d'attaques syncopales et de crises de dyspnée.

M. Debove a constaté ce symptôme chez une femme de 81 ans qui, malade seulement depuis trois semaines, avait le pouls à 32 avec un cœur normal. Un peu d'œdème malléolaire, pas de sucre ni d'albumine dans l'urine, dont la sécrétion ne dépassait pas 500 à 800 gr. par 24 heures. L'auscultation ne rendait pas compte de l'intensité d'une dyspnée continue exagérée par le moindre mouvement. Les attaques syncopales étaient quotidiennes et suivies de quelques convulsions. M. Debove soupçonna l'urémie et prescrivit le régime lacté. Quand la quantité des urines se fût élevée à 1200 ou 1300 gr. par jour et le taux de l'urée de 8 gr. à 20 gr., la dyspnée et les attaques syncopales disparurent ; mais le pouls resta à 32.

Il semble donc que la lenteur du pouls ne soit pas la cause des attaques syncopales et épileptiformes qu'on observe en même temps que lui et que celles-ci soient imputables à l'urémie.

La sécrétion urinaire diminue toujours quand la

(1) Soc. de thérapeutique, 24 octobre.

pression artérielle diminue; dans le cas de pouls lent, permanent, la pression artérielle moyenne devra donc être inférieure à la normale par suite de la rareté des systoles et la sécrétion urinaire doit diminuer.

« En résumé, conclut M. Debove, on admet que dans le pouls lent, permanent, divers accidents et surtout les crises syncopales, épileptoïdes et dyspnéiques sont des manifestations bulbaires. Cela paraît probable, mais ces manifestations bulbaires pourraient être elles-mêmes d'origine dyscrasique. C'est du moins une hypothèse que rend acceptable l'absence de toute lésion constatée dans le bulbe et que confirment l'observation de mon malade et les observations bien connues de Goll et de Cl. Bernard. »

M. *Rendu* trouve ce fait intéressant, mais discute l'interprétation proposée par M. Debove. L'existence de l'urémie chez cette malade n'est pas prouvée, puisqu'elle n'a jamais eu traces d'albumine, l'urémie d'emblée sans aucun symptôme de dégénérescence rénale étant, sinon irréalisable, du moins bien exceptionnelle.

L'amélioration à la suite du régime lacté ne prouve pas non plus que les accidents syncopaux et convulsifs fussent d'ordre urémique; la malade se nourrissait à peine au moment où ces symptômes existaient, le lait ingéré à dose assez abondante a élevé son taux nutritif et par conséquent la quantité d'urée comme la quantité d'urine.

Enfin les troubles bulbaires des urémiques consistent plutôt en une irrégularité du pouls avec dyspnée du type Cheyne-Stokes.

La malade de M. Debove, dont l'urémie supposée aurait été dissipée par le traitement, a gardé pourtant son pouls à 32.

M. Rendu considère le pouls lent permanent comme une manifestation primitivement bulbaire; peut-être existe-t-il quelquefois chez des urémiques, mais le plus souvent il est indépendant de toute maladie du rein et du cœur.

Dans un cas de ce genre observé par lui, le café, l'oxygène, l'électrisation n'ont jamais pu faire monter le pouls à plus de 18 ou 20 par minute.

En résumé, en exceptant les cas où on a constaté des lésions des méninges ou de la base du crâne, la pathogénie du pouls lent permanent reste inconnue.

M. *Debove* se défend d'avoir attribué à l'urémie la pouls lent permanent; il a dit que le pouls lent permanent pouvait contribuer à engendrer l'urémie.

M. *Guingeot* cite le cas d'une brightique de 83 ans dont le pouls est à 30 ou 32 depuis plusieurs années qu'il la soigne. Elle urine 1000 gr. en général; à un moment où l'urine était tombée à 500 gr., et l'urée à 7 gr., on vit survenir des accidents syncopaux dyspnéiques et convulsifs qui se dissipèrent au bout de deux jours quand le régime lacté eût ramené l'urine à 1000 gr. Cette femme, au cours d'une bronchite grave avec 39° de température axillaire, n'eut encore que 40 pulsations par minute.

Corne développée sur le gland.

M. *Chauffard* a montré le moulage d'un papillome corné du gland, véritable corne, mesurant 3 cent. 1/2 de long sur 2 c. 1/2 de diamètre à la base, contournée en spirale, caduque et bisannuelle. Le porteur de cette production épithéliale a 69 ans; il a subi il y a peu d'années la circoncision pour un petit papillome du frein qui récidiva et fut de nouveau excisé. Ensuite apparut la corne à la base du gland, se dirigeant en avant et en dehors, gênant beaucoup le porteur, non pas dans ses fonctions génésiques, vu son âge, mais pendant la marche.

Tubercule anatomique et lymphangite tuberculeuse.

M. *Morel-Lavallée*, chef de clinique de M. Fournier, présente un malade en traitement dans le service de la clinique, que dirige M. Quinquaud, agrégé suppléant.

Le malade est un ancien garçon d'amphithéâtre qui avait à la main droite depuis 4 ans plusieurs tubercules anatomiques. Bien qu'il eût cessé ses occupations depuis un an, il vit apparaître subitement, il y a peu de mois, plusieurs gommes lymphangitiques tuberculeuses échelonnées de la main au coude. La santé générale est encore très bonne. On fait des injections de vaseline iodoformée à 1 % à la racine du membre. Déjà MM. Hanot, Merklen, Letulle et Morel-Lavallée ont publié en France des faits analogues qui prouvent que certains *tubercules* anatomiques sont non seulement d'apparence, mais de nature tuberculeuse.

MALADIES DES ENFANTS

Spléno-pneumonie chez l'enfant.

(Leçon de M. le professeur GRANCHER recueillie par le Dr LE GENDRE, chef de clinique adjoint.)

Le 13 août 1883, je faisais à la *Société Médicale des Hôpitaux,* une communication dans laquelle je décrivais une affection pulmonaire offrant tous les signes de la pleurésie, et, pour cette raison, toujours confondue avec elle. Je proposais de consacrer son individualité nosologique en lui donnant le nom de spléno-pneumonie, introduit par M. Joffroy dans le langage médical, pour définir une des formes de la broncho-pneumonie. Quand je suis venu annoncer ainsi à mes collègues l'existence d'une maladie nouvelle, j'ai rencontré, je dois le dire, l'incrédulité; ma communication « fut « accueillie avec froideur et réserve par quelques- « uns, sans enthousiasme par le plus grand nom- « bre », comme le dit M. Paul Bourdel, résumant les impressions qui se produisirent alors. M. Bourdel a réuni dans une thèse fort bien faite les documents épars sur cette question.

Il rappelle la définition que j'ai donnée de la maladie nouvelle. « *Entre la congestion pulmo-* « *naire simple, type décrit si bien par Woillez,* « *et la pneumonie lobaire franche, à côté de la* « *broncho-pneumonie, il existe un état morbide* « *du poumon, sorte de pneumonie subaiguë,* « *qui simule une pleurésie avec épanchement* « *moyen, et qui mérite une description et une* « *dénomination propres.* » En relisant aujourd'hui cette définition, je n'en regrette pas les ter-

mes. Je les avais bien pesés, et ils sont demeurés exacts. Quant à la dénomination, je la crois bonne à conserver aussi ; elle est plus brève et plus compréhensible que celle de « congestion pulmonaire pseudo-pleurétique », que M. Dreyfus-Brissac a proposé de lui substituer. N'est-il pas juste, d'ailleurs, de concéder aux auteurs qui décrivent un état morbide nouveau, le droit de lui choisir un nom ? L'étymologie de spléno-pneumonie ne vient pas, comme quelques-uns ont semblé le croire, du mot grec qui signifie rate (la rate n'a rien à voir ici), mais du terme splénisation, usité en anatomie pathologique pour désigner une sorte d'inflammation diffuse, subaiguë du poumon, avec exsudat moins fibrineux que celui de la pneumonie lobaire. Au surplus, la nosologie est encombrée du mot congestion pulmonaire ; nous avons les congestions pulmonaires passives, bilatérales, périphériques ou limitées, le type de Woillez, etc. La dénomination que je propose assure à l'état pathologique que j'ai décrit une autonomie et une entité nécessaires.

Depuis que j'occupe cette chaire de clinique infantile, j'ai rencontré assez souvent la spléno-pneumonie, pure ou associée à d'autres états pathologiques chez l'enfant ; et le fait nouveau que nous observons en ce moment vous prouvera la similitude presque parfaite des signes de la spléno-pneumonie et de ceux de la pleurésie. Ainsi s'explique la confusion si habituelle des deux maladies, et la méconnaisance de la spléno-pneumonie par quelques médecins qui ne veulent rien oublier.

Le 27 décembre 1887 entrait, au nº 27 de la salle Sainte-Geneviève, une fillette de 11 ans. Je laisse de côté ses antécédents de famille qui n'ont rien d'important dans ce cas. Les antécédents personnels sont nuls, l'enfant n'ayant pas été malade jusqu'à sa maladie actuelle. Le début de celle-ci fut, dit la petite fillette, un gonflement des pieds et du ventre. Presque en même temps, elle éprouvait une toux légère et de l'essoufflemment. Quand on l'examina à son entrée, on trouva un œdème très manifeste des membres inférieurs et une ascite, à liquide mobile, assez considérable. Aucun trouble cardiaque n'existait cependant. Le thermomètre dénotait une fièvre très légère, la température oscillant entre 38°2 et 38°5. L'examen du thorax fit voir qu'il n'y avait pas d'ampliation du côté gauche du thorax ni de déviation du sternum. M. Peyrot a signalé, dans d'intéressantes recherches sur les modifications que subit la cage thoracique par suite des épanchements pleuraux, une déviation de la partie inférieure du sternum du côté de l'épanchement et un changement de forme du thorax, qu'il a baptisé thorax oblique ovalaire. La déviation du sternum peut être apparente dans les cas douteux par le signe *du cordeau*, c'est-à-dire en comparant la direction du sternum à celle d'un fil qu'on a soin de tendre de la fourchette sternale à la symphyse pubienne suivant l'axe médian du corps.

Chez notre petite malade, le cordeau ne révélait aucune déviation sternale, et la mensuration des deux moitiés symétriques du périmètre thoracique montrait leur égalité parfaite ; 33 centimètres de part et d'autre. Ces mesures précises ne faisaient que confirmer la sensation fournie par un procédé d'exploration très simple que Lasègue recommandait : l'amplexion, qui consiste à embrasser entre ses deux mains chaque moitié du thorax, pour en apprécier le volume.

La palpation nous permit encore de constater que les vibrations vocales allaient s'affaiblissant de la partie moyenne du poumon gauche jusqu'à la base, où elles étaient complètement abolies.

La percussion révélait l'existence de la matité dans cette région. La recherche de la zone semi-lunaire de Traube nous fit voir qu'elle avait conservé sa sonorité normale. Vous savez que la disparition de cette zone sonore est un très bon signe d'épanchement pleural gauche ; dans deux cas seulement le signe de Traube peut être en défaut, mais ce sont des cas exceptionnels. Certaines adhérences pleurales consécutives à une ancienne pleurésie diaphragmatique, peuvent faire disparaître définitivement la zone de Traube. Au contraire, dans certains cas, l'estomac distendu peut, en luttant contre la pression du diaphragme, maintenir sonore la zone de Traube, malgré l'existence d'un épanchement dans la plèvre.

L'auscultation nous fit entendre un souffle expiratoire, à la fois doux et aigu, à tonalité haute ; un vrai souffle du type pleurétique. La pectoriloquie aphone, cette qualité factice que prend la voix chuchotée en traversant un épanchement, était perceptible. Il y avait de l'égophonie, signe qui est encore considéré par beaucoup de médecins très instruits comme pathognomonique de la pleurésie.

Et pourtant, s'agissait-il d'une pleurésie dans ce cas ? N'était-on pas en face d'une spléno-pneumonie ? C'est la question que se posa mon chef de clinique, M. Queyrat, très au courant des difficultés de ce problème. Il y avait des raisons pour et contre. Le seul moyen de sortir d'embarras était de faire des ponctions exploratrices. Quelques-uns de mes collègues se sont élevés contre ces ponctions qu'ils ont déclarées dangereuses. Ils auraient raison si on les faisait avec une aiguille malpropre et sans avoir pris soin de laver la peau. Mais je puis affirmer que les ponctions sont absolument inoffensives quand elles ont été faites avec le soin nécessaire. J'en ai pratiqué, pour ma part, un très grand nombre et jamais un seul accident ne s'est produit ; il ne doit jamais s'en produire. M. Queyrat ayant donc pris soin de laver la peau avec une solution phéniquée et la liqueur de Van Swieten et de flamber l'aiguille de la seringue de Pravaz, fit plusieurs ponctions exploratrices. Il s'assura, au préalable, que le jeu du piston était convenable ; le frottement doit être assez doux pour que le piston puisse redescendre de lui-même dans le corps de pompe tant que le vide y existe, et pas trop doux cependant, pour que le vide puisse se faire exactement. On peut d'ailleurs faire la ponction et ne tirer le piston qu'après avoir enfoncé l'aiguille, ou enfoncer celle-ci après avoir préalablement tiré le piston. Chez les enfants, il suffit d'enfoncer l'aiguille à une profondeur de 5 à 6 millimètres. C'est ce que fit M. Queyrat, une fois dans le sixième et deux fois dans le septième espace intercostal. Chaque fois il ne retira que quelques gouttes de sang et quelques bulles d'air. Il est nécessaire de ne pas se contenter d'une seule ponction, car, dans certaines pleurésies, le poumon ayant été fixé contre la paroi par des adhérences pleurales, on peut le rencontrer à une première ponction, tandis que l'aiguille, plongée un peu à côté, eût pénétré dans la couche liquide. Deux jours après, une nouvelle ponction fut faite, à une profondeur de 8 millimètres, pénétra en plein parenchyme pulmonaire ; mais, lorsqu'on eut ramené l'aiguille de 3 millimètres environ en arrière, on vit pénétrer dans la seringue un peu de liquide séro-sanguinolent, qui provenait de la plèvre dans laquelle

au cours de la spléno-pneumonie, peut se produire une très mince lame de liquide sans que cet épanchement insignifiant ait droit au nom de pleurésie.

Le diagnostic de spléno-pneumonie est donc le seul qui convienne à l'état morbide qu'a présenté notre petite malade ; l'évolution s'est faite rapidement, l'enfant est aujourd'hui bien portante quinze jours après le début de la maladie.

Cette durée a été un peu courte pour une spléno-pneumonie. D'ailleurs, je ne puis vous donner ce fait comme une spléno-pneumonie simple, la malade ayant présenté de l'albuminurie, de l'œdème, de l'ascite ; tandis que sous la clavicule existait le schème 3 et non le schème 2. En outre, nous n'avons pas entendu de crépitation dans les foyers de la lésion pulmonaire, les vibrations ne réapparaissaient pas graduellement à mesure qu'on s'éloignait de la zone de matité, comme cela s'observe en général ; le début n'avait pas été marqué par un point de côté, ni par des frissons. Sans parler donc de sa brièveté, cette spléno-pneumonie a revêtu une forme légère et un peu fruste. Ce n'en est pas moins une spléno-pneumonie que nous avons eue sous les yeux.

La connaissance de cette maladie, qui emprunte à la pleurésie presque tous ou même tous ses signes, et qui notamment s'accompagne de ce signe que Laennec considérait comme pathognomonique de la pleurésie : l'égophonie, prouve qu'on pouvait encore glaner, même après ce grand ouvrier, dans le champ qu'il a si complètement moissonné. L'œuvre de Laennec est tout à fait admirable ; il a vu tout ou à peu près tout dans la séméiologie pulmonaire. Il a décrit tous les types et créé des noms pour tous ; il a eu cette idée de génie d'introduire la physique dans l'étude des signes cliniques. Il a pourtant erré en un point, quand il a admis et proclamé l'existence des signes pathognomoniques, par exemple lorsqu'il a affirmé que l'égophonie ne peut exister que dans la pleurésie. Cette erreur, d'éminents médecins, certains de mes collègues, la partagent encore. Et pourtant, il n'y a plus à s'abuser sur ce point, le temps des signes pathognomoniques est passé ; ni le souffle caverneux, ni la pectoriloquie sonore ou aphone, ni le râle crépitant, ni le souffle tubaire, ni la matité, ni le souffle aigu dit pleurétique, ni le gargouillement n'ont droit au nom de signes pathognomoniques. Je ne connais plus guère que le frottement pleurétique auquel on puisse accorder cette qualification (et il n'a d'ailleurs été découvert qu'un peu après Laennec).

Puisqu'il fallait renoncer à la chimère des signes pathognomoniques, j'ai pensé qu'on pouvait tirer, au point de vue du diagnostic, un parti avantageux du groupement des signes physiques dans un certain ordre et c'est à quelques-unes de ces associations de signes que j'ai attribué le nom de *schèmes*. J'espère vous montrer quelque jour l'utilité que peut offrir leur étude. Mais pour cesser cette digression et revenir au diagnostic de la spléno-pneumonie, sur quels signes peut-on s'appuyer pour la distinguer de la pleurésie dans un cas comme le suivant ?

Un jeune homme de 18 à 20 ans, n'ayant jamais été malade, sans antécédents héréditaires, subit un refroidissement. Il éprouve un point de côté, des frissons, de la fièvre, il a une petite toux sèche. L'examen stéthoscopique de sa poitrine décèle dans un côté du thorax, en général à gauche, tous les signes d'une pleurésie ; matité absolue, diminution des vibrations, souffle expiratoire, égophonie. On assiste, les jours suivants, à l'augmentation de tous ces signes, qui peuvent persister 15 jours à 3 semaines, puis on constate le retour progressif et lent à l'état normal et la convalescence n'est complète qu'au bout de 6 semaines. C'est bien là tout le tableau d'une pleurésie, mais c'est bien aussi celui d'une spléno-pneumonie. N'y a-t-il donc pas de signes physiques différentiels qui puissent permettre le diagnostic ? Si ; il y en a quelques-uns qui par leur rapprochement peuvent apporter une grande lumière dans le problème.

D'abord, au lieu d'une égophonie très pure, l'oreille perçoit d'ordinaire dans la spléno-pneumonie des vibrations vocales un peu plus confuses, obscures, d'une tonalité moins haute ; c'est plutôt de la broncho-égophonie. Cependant, M. Bourdel et M. Queyrat ont rapporté des cas où l'on percevait la vraie voix de jeton, l'égophonie typique.

En second lieu, à la fin des inspirations, dans la spléno-pneumonie, on entend souvent de toutes petites crépitations, sèches, discrètes, disséminées par foyers restreints, mais au niveau desquels elles sont très abondantes ; elles persistent pendant une bonne période de la maladie, 10 à 15 jours.

Dans la pleurésie, comme le poumon flottant au-dessus de l'épanchement est densifié, les vibrations vocales reparaissent brusquement et accrues au-dessus de la ligne de matité. On constate le passage sans transition de l'état de vibrations nulles à l'état de vibrations exagérées. Au contraire, dans la spléno-pneumonie, la transition est graduelle, les vibrations reparaissent peu à peu.

Enfin, dans la spléno-pneumonie qui siège à gauche, en général l'espace de Traube est conservé, tandis qu'il est effacé dans la pleurésie de ce côté.

Chacun de ces signes pris isolément ne serait pas d'un grand secours ; mais, en les groupant, on arrive au tableau d'une pleurésie insolite, c'est-à-dire d'une spléno-pneumonie. Mais l'hésitation est souvent permise, et, dans ce cas, la ponction exploratrice lève tous les doutes.

M. Queyrat a, dans un mémoire fort bien fait sur les diverses formes de congestion pulmonaire, ajouté au tableau de la spléno-pneumonie deux signes à ceux que j'avais indiqués : ce sont le déplacement du cœur et l'absence de déviation du sternum. Dans la spléno-pneumonie gauche le cœur est légèrement refoulé, comme dans les épanchements moyens ; cette constatation ne fait d'ailleurs qu'ajouter à la difficulté du diagnostic, mais, en outre, il n'y a pas de déviation de l'appendice xiphoïde du côté du poumon atteint de spléno-pneumonie, et on s'en rend compte, comme je vous l'ai dit, par le signe du cordeau. Cependant, MM. Pitres et Franck ont vu, dans des cas très rares, il est vrai, la spléno-pneumonie s'accompagner de déviation du sternum.

Vous retiendrez de cette leçon, messieurs, que la spléno-pneumonie existe chez l'enfant, comme chez l'adulte, à l'état simple, simulant une pleurésie de moyenne intensité, ou à titre de complication d'un état pathologique complexe.

Dans une leçon prochaine, je m'efforcerai de vous tracer les différences étiologiques et pronostiques de la spéno-pneumonie et de la pleurésie.

SYPHILIGRAPHIE.

Des formes graves de la syphilis. — Comment et pourquoi la syphilis peut être grave. — Pronostic de la syphilis.

Par M. A. MOREL-LAVALLÉE,
Chef de clinique de la Faculté à l'hôpital Saint-Louis.

I

La syphilis est un état de santé apparente interrompu de temps à autre par des invasions morbides peu durables (Fournier). Elle procède par décharges, par poussées successives séparées par des entr'actes au cours desquels la maladie est larvée, pendant lesquels elle est en puissance, non en action.

La vérole a une évolution méthodique : c'est une maladie hiérarchique (Ricord). Elle parcourt son chemin en trois étapes, la première étant fatalement séparée de la deuxième par la *seconde incubation* ; la troisième, qui peut manquer, succédant plus ou moins directement (parfois de très loin) à la précédente. De là, sa division en trois périodes, primaire, secondaire et tertiaire.

Les accidents « secondaires » (Ricord) n'intéressent les tissus que d'une façon superficielle ; ce sont tous des accidents bénins, disparaissant même sans traitement, cédant vite au traitement. Les accidents tertiaires intéressent tous les tissus d'une façon profonde, les désorganisent, les détruisent ; tous comportent un pronostic grave.

Quelles sont, à *peu près*, les limites chronologiques respectives de ces grandes étapes ? D'une façon « très élastique », la période secondaire, débutant *vers* le quarante-cinquième jour qui suit l'apparition du chancre, s'étend en général sur les deux, trois, quatre, voire les cinq premières années. Quant à la période tertiaire, elle commence en général *vers* la troisième ou la quatrième année ; « au delà, on est en état de tertiarisme en action, ou de tertiarisme *larvé* ». Les accidents tertiaires peuvent se produire indéfiniment, à toute période ; « les accidents tertiaires sont des billets à ordre de la vérole à échéance absolument illimitée ».

La spirituelle définition de la syphilis que nous avons, pour inaugurer cette étude, empruntée à M. le professeur Fournier, et le schéma dans lequel il a, avec une netteté mathématique, tracé (qu'on nous passe l'expression) le programme exact du scenario morbide habituel de la vérole, vont nous fournir un étalon presque parfait auquel nous pouvons rapporter et mesurer les nombreuses et différentes manières d'être de la maladie.

Qu'un ou plusieurs des points du précédent programme ne soit pas rempli ; que la période tertiaire fasse défaut ; que les poussées secondaires soient rares et courtes, et nous aurons affaire à des formes de « syphilis bénigne » (nous ne disons pas *atténuée*, pour ne pas entamer ici la question de la qualité et de la quantité du virus).

Mais réciproquement, toute accentuation du tableau pathologique esquissé plus haut, à plus forte raison toute addition au cadre dans lequel, à l'exemple de notre savant maître de Saint-Louis, nous nous sommes efforcé de renfermer la vérole, aboutira *ipso facto* à la constitution d'une forme *intense*, sinon grave, de la syphilis.

Mais procédons par ordre et reprenons un par un les termes de comparaison.

La syphilis normale ne procède que par poussées d'une durée plus courte que les intervalles de santé. Donc, toutes les fois que les poussées seront nombreuses, prolongées, rapprochées, voire subintrantes, la syphilis sera anomale par excès et nous aurons affaire à une variété grave dont le terme le plus élevé sera la *syphilis continue*.

La syphilis est une maladie méthodique qui parcourt son cycle en trois étapes à peu près distinctes. Lorsqu'elle cessera d'avoir, pour cette division classique, le respect « hiérarchique » dont nous parlions tout à l'heure ; lorsque les accidents tertiaires viendront d'une façon précoce se mêler aux symptômes secondaires, nous aurons devant nous une autre modalité grave, la *syphilis maligne précoce*.

Les accidents secondaires sont presque exclusivement cutanés, ils sont bénins, facilement curables. La syphilis sera grave, dès qu'à l'âge secondaire surviendront des manifestations viscérales, dès que l'état général du malade sera atteint d'une façon plus ou moins profonde (*dénutrition secondaire*), dès que la puissance du traitement spécifique fléchira devant la résistance du mal.

Les accidents tertiaires comportent tous un pronostic grave : leur échelonnement sur un laps de temps indéfini atteste la pérennité de la syphilis (observations d'accidents tertiaires survenus quarante-deux ans, cinquante-deux ans, cinquante-cinq ans après le chancre (Fournier). Le fait seul de l'existence d'un accident de cet ordre après vingt ans ou plus de « silence de la diathèse », exclut l'idée de *syphilis bénigne* et impose un pronostic réservé, puisqu'il vient attester la persistance de l'infection et qu'il peut être le prélude plus ou moins éloigné d'une lésion viscérale irréparable (syphilome encéphalique, etc.).

Étudions maintenant la part que prennent, dans la constitution de ces formes cliniques graves, les divers modes d'action que possède la syphilis sur l'économie.

Il résulte de ce que nous avons dit qu'une syphilis bénigne est celle qui, après avoir traversé une période secondaire légère et courte, est disparue avant d'arriver au tertiarisme et sans s'être attaquée aux viscères. Si la maladie ne satisfait pas à ces conditions, elle sera *grave*, mais le sera-t-elle également, quel que soit celui de ces trois termes qu'elle ait transgressé ?

Supposons un malade qui, pendant sa période secondaire, n'ait que peu ou point de repos ; ses accidents sont légers, mais presque continus ; pendant des mois entiers, il ne se passe pas une semaine sans qu'il ait une ou deux plaques muqueuses ; il a perdu en partie ses cheveux ; il a souffert de périostoses et il est rare que son corps ait été longtemps vierge de tout « bouton ». Et pendant trois, quatre, cinq ans, il en sera ainsi. Est-ce là une forme réellement grave ? En vérité non ; elle est « gênante » pour les malades (Lancereaux), mais si les viscères sont intacts, et que tout s'arrête là, les patients n'auront point lieu de se plaindre outre mesure.

Prenons, au contraire, le cas suivant : période secondaire légère, quasi nulle ; tertiarisme insignifiant : *une* gomme de la peau. Ce n'est rien. Eh bien ! cette gomme, unique produit de l'infection tertiaire, plaçons-la sur le trajet de la sylvienne : est-ce grave ? Evidemment oui, et au maximum de la gravité clinique. Mais au point de vue anatomique nosologique, l'acte morbide est identique dans les deux cas : que la gomme siège au-devant du tibia, sur une artère cérébrale ou dans le parenchyme

pulmonaire, c'est toujours le même processus, et pathologiquement il n'y a pas lieu de considérer l'une de ces localisations comme étant le fait d'une maladie plus grave, puisque dans les trois cas, le syphilome est unique et est supposé être la seule manifestation de la période tertiaire.

Admettons, maintenant, que le microbe syphilogène est démontré, qu'il existe une syphilis atténuée et une syphilis ultra-virulente, et reprenons les deux types déjà étudiés : syphilis secondaire continue, intense, précoce, sans avenir tertiaire, et syphilis secondaire ultra-bénigne, avec un seul accident ultérieur tertiaire, cet accident étant une gomme cérébrale ; la forme « non atténuée » de l'infection, c'est évidemment la première, et, comme en fait de vérole « le présent n'est en rien le miroir de l'avenir », c'est cette même forme *a priori* qui est la plus grave ; et pourtant, dans notre hypothèse, elle aura épuisé son action après quelques années de persécutions exercées contre le malade, tandis que la seconde, après un si long sommeil qu'on l'aura crue éteinte, viendra par un coup formidable terrasser *ex abrupto* sa victime.

La syphilis comporte donc une gravité nosologique, et une gravité clinique, cette dernière résultant à la fois de dangers inhérents à la puissance de l'infection et au siège de ses déterminations. Pouvant intéresser tous les appareils, tous les organes, la vérole ne prête pas plus à un pronostic général que la phlébite, par exemple : une phlébite variqueuse de la saphène n'est rien ; une phlébite viscérale est très grave ; une phlébite septique, même superficielle, est mortelle. De même, une syphilis exclusivement cutanée, même intense, au point de vue pratique n'est rien ; une syphilis viscérale, testiculaire, est grave ; une syphilis cérébrale est grave au delà de toute expression. Et pourtant, répétons-le, le processus infectieux qui, restant unique et localisé dans les deux cas, frappe ici la peau et là un viscère, est identique à lui-même. On ne peut malheureusement pas refuser à la vérole la faculté de choisir sa proie dans l'économie, et on ne serait fondé à déclarer grave une syphilis pour le seul fait d'avoir une détermination viscérale plutôt que cutanée que si, au lieu de vouloir limiter son action à la production de syphilomes nodulaires, on lui reconnaissait le pouvoir de créer par elle-même des lésions viscérales diffuses, *totius substantiæ*, telles que la paralysie générale, le tabes ; or, l'accord est loin d'être fait sur ce point. Sans quoi, gomme cutanée ou gomme hépatique, c'est la même facture dans les deux cas. C'est pour toutes ces raisons que, dirons-nous avec Homolle, quand on parle de véroles légères ou graves, malignes ou galopantes, on a en vue une phase de la maladie plutôt que la maladie tout entière, et on a principalement en vue la période virulente.

Laissons là cette étude doctrinale et entrons de plain pied sur le terrain de la pratique. Nous prendrons d'abord la syphilis jeune, la syphilis des premières années, à la période *dite* virulente, parce que c'est à cette époque que la vérole, donnant lieu à des symptômes généraux, déterminant des explosions d'accidents multiples et disséminés, infecte manifestement toute l'économie (1) et se comporte de toute évidence comme une maladie infectieuse ; ensuite nous la retrouverons à la période tertiaire.

(*Gazette des Hôpitaux.*)

(*A suivre*).

(1) On sait qu'à cette époque le sang, au moins pour un certain temps, est contagieux (c'est-à-dire *inoculable*, puisqu'à propos de la syphilis on a, bien à tort, confondu ces deux expressions). Jusqu'à quand le reste-t-il? On l'ignore. On ne sait pas davantage si cette contagiosité est, même alors, constante et permanente, ou bien si elle est réveillée ou exagérée au moment des poussées de la « diathèse ». On a surtout donné le nom de *virulente* à la période secondaire, parce que les accidents de cette période sont extrêmement contagieux, tandis que les accidents tertiaires ont la réputation (non contrôlée d'ailleurs) d'être point ou faiblement contagieux.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Nous publions les deux circulaires suivantes qui intéressent le corps médical à double titre :

Protection des enfants du premier âge. Service de l'inspection médicale.

Circulaire du ministre de l'intérieur.

Paris, le 14 août 1888.

Monsieur le Préfet,

La loi du 23 décembre 1874, sur la protection des enfants du premier âge n'est pas appliquée dans un certain nombre de départements, soit parce que le Conseil général se refuse à voter pour cet objet un crédit quelconque, soit parce qu'il n'inscrit de ce chef qu'une allocation insignifiante à son budget. Dans beaucoup d'autres départements, la même loi n'est exécutée que d'une manière très défectueuse, avec des omissions, des irrégularités et des défaillances qui en compromettent les résultats. Un semblable état de choses est, à un double point de vue, profondément regrettable : il est en opposition avec les prescriptions légales ; il laisse en souffrance l'intérêt de premier ordre que la loi susvisée a pour but de défendre. Cette situation me préoccupe, et je fais appel à tout votre zèle en vue d'y remédier.

Les refus de concours que nous avons eu à enregistrer ne procèdent pas, j'en suis persuadé, d'un sentiment d'indifférence à l'égard de l'œuvre elle-même que le législateur de 1874 a confiée à la sollicitude des conseils généraux et de l'administration; il a pour cause l'ignorance où l'on est encore du véritable caractère que doit présenter le service de la protection des enfants du premier âge. On est porté à croire qu'il ne consiste guère que dans un ensemble de formalités, d'inscriptions sur des registres, de notifications d'avis ; et l'on n'aperçoit pas de relation entre l'accomplissement de ces formalités et la sauvegarde de la santé des nourrissons: cette conception erronée explique les résistances qui entravent les progrès d'une organisation entreprise depuis plus de dix ans.

La procédure tracée par le décret réglementaire du 27 février 1877 ne constitue que le moyen de constater la présence dans telle ou telle commune des enfants mis en nourrice, afin de pouvoir les suivre et les protéger dans leurs déplacements successifs ; mais la protection effective, c'est la surveillance médicale de l'enfant avec ces enseignements pratiques de tous les jours, et aussi avec les sanctions administratives et judiciaires qu'elle comporte : avertissements donnés aux parents, déplacement d'office du nourrisson, retrait de l'autorisation concédée à la nourrice, et, s'il y a lieu, poursuites contre la délinquante.

Les rouages administratifs de la protection enfantile doivent donc tous tendre à développer l'action de son organe essentiel, l'inspection médicale.

Cette règle posée, et le commun préjugé une fois dissipé, il suffit d'invoquer quelques considérations bien simples, de rappeler quelques vérités d'évidence pour démontrer l'utilité du service et justifier la demande des crédits nécessaires à son fonctionnement.

De tous les enfants du premier âge, les plus exposés, en thèse générale du moins, sont ceux que leurs parents mettent en nourrice, à l'égard desquels l'intervention tutélaire de la famille ne s'exerce que de loin, c'est-à-dire bien imparfaitement. Chaque année, beaucoup de ces enfants sont victimes de méthodes d'élevage contraires à l'hygiène, et surtout de ces procédés meurtriers d'alimentation que, sur tous les points du territoire, le corps médical a depuis longtemps dénoncés.

Or, ce n'est pas au moyen d'une propagande collective, ne visant directement personne, puisqu'elle s'adresse à tout le monde, ce n'est que par un enseignement individuel que l'on parviendra peu à peu à vaincre l'ignorance et la routine des nourrices ; et cet enseignement, il ne peut être donné avec compétence et avec fruit que par un médecin délégué de l'administration et responsable envers elle. Ce délégué, c'est le médecin-inspecteur qui doit visiter l'enfant dans la huitaine du placement, puis au moins une fois par mois et à toute réquisition du maire.

Faire de chacune de ces visites une « leçon de choses » pour la nourrice, lui inculquer ces préceptes élémentaires, dont l'accomplissement permet de tirer un bon parti de l'allaitement artificiel et dont l'inobservation rend ce mode d'élevage funeste, par exemple, s'opposer à l'usage des biberons à tube et à l'alimentation solide prématurée, les deux plus dangereuses pratiques de l'industrie nourricière, voilà en quoi consiste ce que j'appellerai l'action préventive du médecin-inspecteur. Pour la juger inutile, il faudrait déclarer que l'amélioration de l'hygiène des nourrissons n'augmente pas leurs chances de survie, ce qui est insoutenable, ou prétendre que l'industrie nourricière est invinciblement réfractaire au progrès, ce qui serait contraire aux faits observés dans les départements où l'inspection médicale fonctionne d'une manière effective.

En dehors de son action préventive, le médecin-inspecteur est, en fait, le promoteur obligé des différentes mesures dont je parlais plus haut : c'est à la suite de ses constatations, et d'après son avis, que les parents seront avertis des circonstances qui rendent le changement de la nourrice utile ou nécessaire, que le retrait d'office de l'enfant sera prononcé dans les cas les plus urgents, que les nourrices reconnues mauvaises se verront refuser ou retirer l'autorisation réglementaire, que les plus méritantes obtiendront des récompenses, que l'administration pourra déférer à l'autorité judiciaire les infractions à la loi de 1874 et surtout ces faits déplorables d'incurie, bien plus nombreux qu'on ne le croit, qui sont de véritables infanticides par imprudence. Toutes ces mesures, on le voit, ne sont pas des formalités : elles constituent des actes de protection de l'enfant, et sont, dès lors, salutaires ; mais elles impliquent l'action permanente du médecin-inspecteur. Vous ne sauriez trop insister, vis-à-vis de l'assemblée départementale, sur le caractère essentiellement pratique de cette inspection ; il est indispensable de le mettre en pleine lumière pour avoir enfin raison du préjugé que je rappelais, et d'après lequel le service de la protection ne consiste que dans une série de formalités sans portée utile. C'est là véritablement qu'est le nœud de la question : le jour où l'exacte notion du service qui nous occupe aura pénétré dans les esprits, la cause de la protection sera gagnée. Il est impossible qu'un conseil général admette l'efficacité de la loi de 1874 et refuse en même temps les crédits qu'exige son application.

On prétend, il est vrai, et c'est une des considérations le plus souvent invoquées pour justifier le refus d'une allocation, que cette loi n'a de raison d'être et ne doit recevoir d'exécution que dans les départements où existe une industrie nourricière. Cette thèse est erronée : la loi de 1874 est obligatoire et sera salutaire dans tous les départements. Il n'en est pas un où le cas prévu par l'article 1er de la loi sus-visée ne se rencontre, où il n'y ait des enfants « placés moyennant salaire en nourrice, en sevrage ou en garde hors du domicile de leurs parents ». Chacun de ces enfants a un titre égal à la protection de l'autorité publique ; et son droit n'est en rien subordonné au chiffre plus ou moins élevé des autres nourrissons placés dans le même département ou la même commune. Au surplus, même dans les régions où l'industrie nourricière n'existe pas, ou n'est pas censée exister, le nombre des enfants ayant droit à la protection légale est bien supérieur à celui que l'on suppose généralement : c'est qu'en effet l'élevage d'un nourrisson n'est pas un de ces faits qui éveillent l'attention, que le bruit public signale ; il reste souvent ignoré en dehors du hameau que la nourrice habite ; de là ce phénomène à peu près constant qu'au développement du service de protection correspond un notable accroissement du nombre des enfants inscrits sur les registres. L'effectif réel des nourrissons n'a pas ou n'a guère augmenté ; mais on le connaît mieux. Il n'est pas un département enfin, qualifié ou non département d'industrie nourricière, où les pratiques de l'élevage des enfants du premier âge n'appellent des réformes, et où ces réformes ne doivent sauver bien des existences.

Or, comment ne pas reconnaître que l'humanité et le patriotisme nous font également un devoir de lutter contre la mortalité infantile avec toutes les armes dont nous disposons, avec toutes celles que nous pouvons inventer ? N'est-ce pas l'unique moyen d'atténuer, dans une certaine mesure, les conséquences qui résultent pour notre pays d'une natalité exceptionnellement faible ? En France, plus que partout ailleurs, la protection de la vie des nourrissons est une œuvre de défense nationale.

J'attache donc le plus grand prix à la consciencieuse application, sur tous les points du territoire, de la loi de 1874 ; et, pour y parvenir, je compte avant tout sur votre intervention personnelle : je vous recommande instamment de n'épargner aucun effort pour obtenir du Conseil général le vote du crédit nécessaire soit à la création, soit au développement de l'inspection médicale des nourrissons.

Je vous serai obligé de m'accuser réception de la présente circulaire, de l'insérer dans le *Recueil des Actes administratifs* et d'adresser aux médecins-inspecteurs un exemplaire du bulletin où elle aura été publiée : vous voudrez bien me transmettre ultérieurement une copie de la délibération qu'aura prise l'assemblée départementale relativement au

service de la protection des enfants du premier âge.

Recevez, Monsieur le Préfet, l'assurance de ma considération la plus distinguée.

Pour le Président du Conseil,
Ministre de l'Intérieur,
Le Directeur de l'Assistance publique,
HENRI CH. MONOD.

Poste. — Franchise. — Inspection régionale de l'hygiène publique

Beauvais, le 5 octobre 1888.

A Messieurs les Sous-Préfets et Médecins des épidémies du département.

Messieurs,

Par décret du 1er août 1888, MM. les Médecins des épidémies sont autorisés à correspondre en franchise, *sous bande*, dans toute la République, avec l'Inspecteur général des services sanitaires : avec les inspecteurs régionaux de l'hygiène, dans la circonscription régionale ; avec le Préfet dans le département, avec les Sous-Préfets dans l'arrondissement, et par *lettre fermée*, avec M. le Ministre du Commerce et de l'Industrie.

MM. les Sous-Préfets sont également autorisés à correspondre en franchise, sous bande, avec l'Inspecteur général des services sanitaires et avec les Inspecteurs régionaux de l'hygiène.

La correspondance peut, en cas de nécessité, être expédiée *par lettre fermée* ; l'enveloppe doit, dans ce cas, indépendamment du contre-seing, porter les mots : « *Nécessité de fermer* ».

Par une décision du 6 du même mois, M. le Ministre des Finances a admis à circuler en franchise, par la voie télégraphique, la correspondance de service urgente que les Inspecteurs régionaux de l'hygiène publique ont à échanger avec M. le Ministre du Commerce et de l'Industrie, l'Inspecteur général des services sanitaires à Paris, les Médecins des épidémies, les Préfets et les Sous-Préfets de leur circonscription.

Agréez, Messieurs, l'assurance de ma considération la plus distinguée,

Le Préfet de l'Oise,
E. DOUCIN.

En commentaire d'un article de M. Grillon que nous avons publié dans un précédent numéro, nous reproduisons la circulaire du préfet de la Seine sur la matière.

I. — Circulaire de M. le Préfet de la Seine concernant la déclaration et l'inhumation des fœtus ainsi que des embryons de moins de 4 mois.

Paris, le 26 janvier 1882.

Monsieur le Maire,

Par ses circulaires en date du 18 novembre 1868 et 15 janvier 1869, l'un de mes prédécesseurs a réglé, conformément aux instructions du parquet, les formalités à remplir relativement à la déclaration et à l'inhumation des fœtus, ainsi que des embryons de moins de quatre mois.

Toutefois, il ressort de ces instructions que, si l'inhumation des fœtus de plus de quatre mois est obligatoire, celle des embryons de six semaines à quatre mois est facultative ; par suite, les familles évitent généralement de procéder, pour ces derniers, à une inhumation régulière, soit à raison des dépenses qu'elle occasionne, soit surtout pour éviter la divulgation d'un accident que l'on répugne à faire connaître au public.

En fait, beaucoup de familles évitent de déclarer à l'officier d'état civil les accouchements prématurés, malgré les termes du décret du 3 juillet 1806, et celles qui procèdent à cette déclaration refusent le plus souvent de faire procéder à l'inhumation régulière de l'embryon ; les embryons sont alors enfouis dans les caves, dans les jardins, dans des terrains vagues ou jetés dans les fosses d'aisances. Je n'ai pas besoin d'insister sur l'inconvenance de ces pratiques, qui ont le grave inconvénient de provoquer des recherches judiciaires dans le cas où la découverte fortuite des restes fait croire à des actes criminels.

Afin de faire cesser les plaintes qui se sont produites à ce sujet, je me suis entendu avec l'administration des pompes funèbres, pour expérimenter un mode de transport et d'inhumation des embryons qui, ne donnant lieu à aucune dépense ni à aucune cérémonie, me paraît de nature à satisfaire entièrement les familles intéressées.

Conformément aux prescriptions des circulaires susvisées des 16 novembre 1868 et 15 janvier 1869, complétées par celles du 22 janvier et 4 octobre 1875, les déclarations qui vous sont faites et qui concernent des embryons de moins de quatre mois de gestation sont suivies de la transcription, sur un registre spécial, du certificat du médecin vérificateur. Lorsque la famille demande l'inhumation, celle-ci a lieu dans les formes accoutumées, vous percevez la taxe municipale et l'on appose sur le petit cercueil une plaque portant le numéro d'ordre du registre spécial aux déclarations de cette nature.

Ces instructions continueront à être appliquées toutes les fois que les déclarations seront suivies de demandes de convoi ; mais, lorsque les familles ne voudront pas faire les frais d'un service, vous aurez à pourvoir d'office à l'enlèvement des embryons.

A cet effet, après avoir transcrit le certificat du médecin, l'employé de la mairie délivrera à l'ordonnateur particulier un coupon détaché d'un carnet à souche conforme au modèle ci-joint. Ce coupon contenant l'ordre d'inhumation et le reçu à signer par le Conservateur sera transmis chaque jour à l'Administration des pompes funèbres.

Il a été convenu avec les représentants de cette Administration que tous les soirs une voiture spéciale, ne rappelant en rien la forme des corbillards, se rendra aux domiciles indiqués pour recueillir les produits embryonnaires, qui seront placés dans une petite boîte munie d'une estampille en plomb portant le numéro d'ordre du registre spécial et l'indication de la Mairie. Enfin, ils seront portés ensemble au cimetière de la Villette et inhumés dans une division spéciale.

J'espère, Monsieur le Maire, que vous reconnaîtrez les avantages qui résulteront de ce mode de procéder. Je vous prie de prendre les mesures pour qu'il soit porté à la connaissance des médecins et des sages-femmes de votre arrondissement, afin que personne ne puisse désormais se soustraire à l'obligation de déclarer les cas d'accouchement prématuré, nécessitant l'inhumation de produits embryonnaires.

Les mobiles qui ont dicté cette circulaire sont évidemment très louables et les médecins devront faire leur possible pour faciliter à l'administration la tâche qu'elle s'est imposée.

Mais telle qu'elle est conçue, cette circulaire est-elle pratique ? Je ne crains pas de dire que non. — En effet, d'une part, M. le préfet, dans ses recommandations, semble ne considérer que des embryons de six semaines à quatre mois, tandis que d'autre part les circulaires adressées par les maires aux docteurs, sages-femmes et officiers de santé ne font pas de distinction et portent l'obligation de déclarer indifféremment tous les produits embryonnaires au-dessous de quatre mois. Comme toujours on veut faire du zèle.

Trop de fleurs, trop de fleurs, MM. les Maires.

Et d'abord est-il toujours possible de constater la présence d'un produit embryonnaire, dans un avortement des premières semaines, alors que la femme elle-même ignore quelquefois sa grossesse ? Non, car le plus souvent le produit embryonnaire est réduit à des fragments informes.

D'un autre côté, la détermination de six semaines de grossesse visée par la circulaire est à peu près impossible à faire même pour les hommes les plus compétents.

Chacun son métier, Messieurs ; et l'obligation du secret médical, qu'en faites-vous ?

Croyez-vous que, tenu par le serment d'Hippocrate, le praticien aille présenter l'embryon ou le fœtus à l'officier de l'état civil ? On ne peut même pas lui imposer la déclaration de l'avortement (en dehors des circonstances prévues par l'art. 56 du Code civil).

Donc, les docteurs, les sages-femmes et officiers de santé ne peuvent être soumis à l'obligation de satisfaire à la circulaire sus-énoncée ; mais ils feront ce que dans chaque cas particulier leur conscience leur prescrira. Tel est du moins notre humble avis.

Dr E. V.

II. — Déclaration de naissance sans désignation de domicile.

Tout médecin sait qu'il est tenu, à défaut de déclaration du père de l'enfant, de faire la déclaration de la naissance qui, d'après l'article 57 du Code civil, doit énoncer le jour, l'heure et le lieu de la naissance, le sexe de l'enfant et les prénoms qui lui seront donnés ; les prénoms, nom, profession et domicile des père et mère et ceux des témoins.

Mais, d'un autre côté, le secret médical empêchant le médecin de faire connaître les secrets qu'il a connus dans l'exercice de ses fonctions, et la déclaration d'enfant de père et mère inconnus étant acceptée par la loi, le médecin est autorisé à taire le nom de la mère.

Mais cette réserve est illusoire si on veut le forcer à faire connaître le domicile de la mère, et c'est là la prétention des employés de mairie, qui en cela sont un peu comme ce magistrat belge qui en matière de duel jugeait que l'obligation du secret pour le médecin ne commence qu'après la blessure. Le secret n'existe plus en ce cas.

Un confrère, ayant à faire une déclaration de ce genre, amena à la mairie l'enfant et ses témoins, mais tint bon dans son refus de signaler le domicile de la mère. La déclaration fut refusée à Paris à la mairie par un employé, et le maire approuva son employé. Le médecin pour insister s'appuyait sur plusieurs arrêts dont le dernier, un jugement du tribunal civil de la Seine, fut obtenu le 30 décembre 1875 par le Dr Berrut, obligeant le maire du VIIe arrondissement à recevoir une déclaration exactement dans les mêmes conditions.

Cette fois, il n'eut pas besoin d'aller jusque-là : ses démarches furent longues, mais après avoir été trouver un substitut au parquet, il obtint de lui la lettre suivante pour le maire.

« Monsieur le maire, j'estime que vous devez recevoir la déclaration qui vous a été faite par M....., docteur en médecine, de la naissance d'un enfant à vous présenter, bien que le déclarant se borne à faire connaître que l'enfant est né dans l'arrondissement sans désignation plus précise.

« *Pour le procureur de la République,*
R., substitut.

THÉRAPEUTIQUE

Renseignements sur la manière de formuler les potions.

On a déjà beaucoup écrit sur l'art de formuler les potions ; mais presque tous les ouvrages se bornent à envisager les grandes lignes de la question ; c'est dans la description de quelques détails de pratique que nous voulons entrer, détails souvent trop inconnus des praticiens et toujours négligés dans les livres.

— La potion est un médicament liquide, tantôt limpide, tantôt trouble, suivant la solubilité ou l'insolubilité des substances employées.

Quand la potion doit être limpide, il faut filtrer avec soin, afin de la rendre plus agréable ; certains précipités résineux sans importance pour la médication peuvent souvent répugner aux malades.

Il n'en est pas de même des potions troubles contenant une ou plusieurs substances en suspension (bismuth, diascordium, thériaque, kermès, etc.). Dans ce cas, il est généralement bon de formuler un mucilage de gomme arabique ou adragante afin de favoriser la suspension du médicament. A propos du kermès, une remarque est utile : souvent le médecin a à se plaindre de la suspension défectueuse de cette substance ; ce fait ne tient qu'à un oubli ou à une négligence du pharmacien qui devrait toujours triturer le kermès avec du sucre, afin de l'amener à un état de division extrême. C'est au praticien à ne jamais négliger de rappeler ce procédé sur son ordonnance.

Les potions peuvent aussi être troubles, par suite de précipités, d'incompatibilités ; celles-là n'ont pas leur raison d'être et sont la preuve évidente d'une médiocre instruction en chimie.

Quelques médecins, pour défendre leur cause, disent bien qu'ils ont prescrit une potion trouble, parce que la potion trouble était seule capable d'agir ; c'est là un bien piteux argument ; il vaudrait mieux avouer qu'on n'a pas réfléchi aux combinaisons chimiques qui pouvaient se produire, ou à l'insolubilité de certains produits.

Par exemple, les pharmaciens reçoivent bien souvent des formules de teintures composées, prescrites dans le but d'exciter l'appétit. Prises séparément, ces teintures sont limpides ; mélangées, elles deviennent épaisses parce que les unes sont faites dans de l'alcool à 60°, les autres dans de l'alcool à 80°.

Dans un autre cas, on fait ajouter de la teinture de quinquina dans du vin ; il se précipite constamment des substances insolubles qui vont se déposer au fond de la bouteille sous la forme d'une véritable vase.

Eh bien, ces teintures amères mélangées et troubles, ce vin de quinquina boueux, sont-ils meil-

leurs parce qu'ils manquent de limpidité ? Non : s'il s'agit du vin de quinquina, peu de médecins négligent de faire filtrer le liquide, parce que la formation du dépôt est connue de tous ; s'il s'agit d'un mélange de teintures, il n'est jamais filtré parce que le médecin ignore si cette précaution est nécessaire.

Voici des exemples :

1° *Mélange trouble* :

Teinture de cascarille	(80°)	5 grammes.
— cannelle	(80°)	—
— gentiane	(60°)	—
— colombo	(60°)	—
— rhubarbe	(60°)	—
— noix vomique	(80°)	1 à 2 grammes.

2° *Mélange limpide* :

Teinture de cascarille	(80°)	15 grammes.
— cannelle	(80°)	—
— noix vomique	(80°)	1 à 2 grammes.

Dans le premier mélange, les teintures de gentiane, de colombo, de rhubarbe titrent 60°, les autres 80° ; ces dernières se précipitent forcément en partie. En les supprimant, le mélange devient limpide. Ce mélange limpide est-il moins actif que le mélange trouble ? Non ; la réponse n'est pas douteuse.

Voici maintenant un exemple de gargarisme trouble :

Borate de soude...............	6 grammes.
Sulf. d'alumine et de potasse.	4 —
Eau..........................	200 —

Il se forme dans ce gargarisme un précipité d'aspect gélatineux dont bon nombre de médecins seraient bien embarrassés de dire la nature ; dans ce cas, il est évident que la combinaison chimique qui se forme (*borate d'alumine*) n'a pas été spécialement recherchée :

$$KO,SO^3Al^2O^33SO^3 + NaO2BoO^3 = KO2So^3 + NaO^2SO^3 + Al^2O^32BoO^3$$ (Borate d'alumine.)

La potion suivante devient rose :

Magnésie calcinée........	8 grammes.
Sirop de chicorée du codex.	120 —

Le sirop de chicorée du codex renferme de la rhubarbe et par suite de l'acide chrysophanique ; l'addition de la magnésie calcinée fait devenir la potion rose.

Nous ne parlons pas des incompatibilités qui créent des combinaisons chimiques toxiques comme par exemple l'emploi du calomel dans un looch ou dans un liquide salé ; ce sont là des notions qu'aucun médecin ne doit ignorer.

— En général, une potion doit être prescrite pour vingt-quatre heures, car c'est un médicament susceptible de fermenter comme toutes les solutions sucrées, étendues.

La potion suivante par exemple :

Bromure de potassium........	10 grammes,
Sirop d'écorce d'orange amère.	100 —
Eau distillée...............	100 —

est souvent altérée au bout de quarante-huit heures.

Si pour une raison quelconque on est obligé de formuler une potion destinée à être prise pendant longtemps sans la renouveler, il faut ou bien la formuler dans du sirop pur, à charge au malade d'ajouter l'eau au moment même du besoin, ou bien dans l'eau *distillée* en rappelant au malade qu'il aura à édulcorer sa potion au moment de chaque prise avec le sirop dont il fera choix.

Lorsqu'une potion n'est composée que de sirop pur, parfaitement fait, elle se conserve très longtemps ; lorsqu'elle ne contient que de l'eau distillée, sa conservation est encore assez longue, mais pas aussi constante qu'avec le sirop. Il est donc bon d'ajouter à l'eau une substance qui favorise la conservation de la préparation ; l'eau chloroformée, par exemple, qui remplace avantageusement comme effet toutes les eaux réputées calmantes bien à tort : l'eau de laitue qui a un goût détestable, l'eau de tilleul, etc. ; une légère proportion d'eau de laurier-cerise, d'alcool, d'eau-de-vie, d'éther prolongent aussi la stabilité des potions ; enfin, certaines substances médicamenteuses favorisent la conservation des liquides : l'acide salicylique, le salicylate de soude ou de lithine, le chloral, tous les antiseptiques, etc. ; dans les cas où ces substances sont celles qu'il convient de prescrire, on n'a aucune crainte à avoir sur la durée de la préparation.

Il faut, par contre, se souvenir que les loochs et les émulsions huileuses sont particulièrement altérables.

Ajoutons que la solubilité des médicaments est extrêmement variable ; c'est là un point de chimie qu'il ne faut jamais perdre de vue. Si on prescrit une potion au sulfate de quinine, par exemple, il ne faut pas oublier de prescrire le bisulfate qui est soluble ou, si on ordonne du sulfate neutre, de l'acidifier avec un peu d'eau de Rabel.

— Certains médicaments agissent plus ou moins bien suivant leur mode de préparation ou leur association avec d'autres substances. Ainsi, Bouillaud recommandait toujours de mettre une tranche de citron dans l'eau bouillante destinée à préparer l'infusion de digitale ; l'acide du citron favorise la dissolution de l'alcaloïde.

— Nous avons dit que la potion doit être un médicament aussi agréable que possible. Pour atteindre ce but, il faut qu'elle soit bien sucrée : *un quart* de sirop suffit, en général, pour *trois-quarts* d'eau, d'infusion, d'alcoolature, etc.

Tous les sirops ne masquent pas également le goût des médicaments ; le sirop de café vaut mieux que le sirop d'écorce d'orange amère pour masquer le goût de l'iodure de potassium ; le sirop de café convient très bien aussi pour la préparation du sirop de Gilbert ; le sirop de framboises est d'un goût plus délicat que celui de groseilles, etc.

Cette question n'a d'ailleurs qu'une importance relative ; elle doit être résolue suivant le désir des malades.

— Le dosage du médicament à prendre en potion présente, au contraire, un grand intérêt.

Tous les ouvrages donnent, évidemment, le poids que pèsent les diverses grandeurs de cuillers, mais, d'abord, ces poids ne sont pas les mêmes suivant les auteurs, ensuite ils varient avec la composition du véhicule.

La cuiller à soupe ou à bouche pèse 20 grammes si elle est remplie avec du sirop pur, — 15 grammes si elle ne contient que de l'eau — et 16 grammes si elle renferme un mélange d'eau et de sirop dans la proportion de 1/4 de sirop pour 3/4 d'eau.

La cuiller à entremets pèse 10 grammes avec le sirop pur, 8 grammes avec le mélange d'eau et de sirop.

La cuiller à café pèse 5 grammes avec le sirop pur et 4 grammes avec le mélange d'eau et de sirop.

En pratique, une cuiller à soupe est égale à deux cuillers à entremets ou à quatre cuillers à café.

Malgré ces données exactes, le médecin a souvent des surprises sur la quantité du véhicule prescrit. Un seul moyen lui reste s'il veut avoir un dosage exact, c'est de formuler la quantité de médicament à prendre *pour vingt-quatre heures* et d'écrire au-dessous :

Ajoutez X... cuillerées à potage (à entremets ou à café) *d'un véhicule ainsi composé :*

1° Sirop simple
ou 2° Eau distillée
ou 3° Fine champagne.................. 1 partie
Sirop.............................. —
Eau distillée...........................

L'alcool doit entrer en moyenne pour 1/9 dans le véhicule d'une potion (eau et sirop).

Cette méthode permet au médecin de savoir exactement le nombre de prises que son malade aura à avaler pour prendre la dose de médicament qu'il juge nécessaire pour agir. Le pharmacien, placé dans son officine, a tout le loisir et toute la tranquillité désirables pour faire le calcul nécessaire.

Il est vrai que quelques pharmaciens exécuteront l'ordonnance par à peu près ; mais ce reproche ne peut s'adresser qu'à ceux qui manquent de scrupule professionnel ; leur nombre est heureusement très restreint.

Voici un modèle de formule, suivant la méthode que nous préconisons :

Potion.

Salicylate de soude........ 6 grammes.

Ajoutez 12 cuillerées à potage d'un véhicule ainsi composé :

Fine champagne................ 1 partie
Sirop de framboises............ 2 —
Eau distillée..................... 5 —

Cette méthode s'emploie chaque jour pour les pilules ; pourquoi ne pas l'employer pour les potions ? (*La Pratique médicale.*) Ernest MAREAU.

VARIÉTÉS

LES SPÉCIALITÉS PHARMACEUTIQUES EN ANGLETERRE. L'association pharmaceutique britannique vient de tenir sa 25e réunion annuelle à Bath. Le président, M. Benger, dans son discours d'ouverture, a déploré l'état dans lequel se trouvait actuellement la pharmacie.

Les médecins, dit-il, prescrivent une quantité considérable de médicaments tout préparés, de spécialités, dont l'action est souvent inconnue, et abandonnent trop les vieilles formules dans lesquelles entraient des médicaments dont l'action est nettement établie.

Pareils reproches ne sauraient être adressés aux spécialités françaises, si appréciées dans le monde entier, en raison des soins avec lesquels elles sont préparées et de la constance de leurs effets. C'est là le secret de leur succès auprès des médecins qui, confiants dans l'unité d'origine et de préparation du médicament, savent qu'en tous lieux il sera identique à lui-même. On n'en saurait dire autant de la plupart des préparations complexes si usitées encore il y a une trentaine d'années. Comment analyser l'action physiologique d'un médicament contenant deux extraits et deux teintures différentes ? La révolution thérapeutique inaugurée par Cl. Bernard a eu pour corollaire l'emploi des médicaments simples à action définie. C'est à cette époque que les spécialités pharmaceutiques françaises sont entrées dans le domaine médical, et, quoi qu'on en puisse dire, le médecin qui suit les progrès incessants de la pharmacologie, y trouve toutes les ressources thérapeutiques désirables.

NOUVELLES

COURS D'ACCOUCHEMENTS. — MM. les docteurs G. Lepage et J. Potocki, anciens internes des hôpitaux, commenceront, le lundi 12 novembre, à quatre heures et demie, un cours pratique d'accouchements.

Ce cours gratuit aura lieu tous les jours de quatre heures et demie à cinq heures et demie, 41, rue des Ecoles (à l'Association générale des étudiants) : ce cours sera complet en 36 leçons et comprendra des exercices pratiques sur le mannequin.

MM. les étudiants qui désirent suivre ce cours sont priés de se faire inscrire soit chez le docteur G. Lepage, 10, rue Godot-de-Mauroi, soit chez le docteur J. Potocki, 104, rue du faubourg-Poissonnière, ou au Secrétariat de l'Association générale, 41, rue des Ecoles.

Cours de Mmes de Bure et Suillet, 11 bis, passage de la Visitation (Rue Paul-Louis-Courier), faubourg Saint-Germain.

Cours élémentaires, moyens, supérieurs. Ces cours ont lieu deux fois par semaine pour chaque degré du 3 novembre au 1er juillet. Cours préparatoires, enseignement par les yeux pour les enfants depuis 5 ans. Langues étrangères, Dessin. Cours de Solfège des divers degrés, une fois par semaine du 3 novembre au 1er juillet. Transposition, harmonie. Leçons particulières de piano et de chant.

Le Directeur du *Concours* recommande avec instance à nos lecteurs le cours de Mlle Suillet. Il leur sera personnellement reconnaissant s'il leur est possible d'envoyer des élèves à la fille du Dr Suillet dont nous avons annoncé, il y a deux ans, la mort prématurée.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret de faire part à nos lecteurs du décès de Messieurs les Docteurs Daussure, de Saint-Vrain, et Blanchet, de Vichy, membres du *Concours médical*.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU CONCOURS MÉDICAL

M. le Dr LAFFORGUE, à Bagnères-de-Bigorre, présenté par le Directeur.

M. le Dr COLLARD, à Somme-Py (Marne), présenté par MM. les Docteurs Ravand, de Vitry-les-Reims (Marne) et Roux-Duborgia, d'Harfleur (Seine-Inférieure).

ASSEMBLÉES GÉNÉRALES

des membres du Concours Médical et de l'Union des Syndicats

Du Dimanche 4 Novembre 1888, dans les salons du Grand-Hôtel, Boulevard des Capucines.

A 2 heures, séance de l'*Union des Syndicats* sous la présidence de M. le Dr Dupuy, député de l'Aisne, président de l'Union.

A 4 heures, séance du *Concours Médical*, sous la présidence du Dr Cézilly, directeur de la Société.

A 6 heures 1/2, banquet.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, place St-André, 3.
Maison spéciale pour journaux et revues.

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE



SOMMAIRE

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE ET BANQUET

du 4 novembre.

Nous sommes heureux d'annoncer dès aujourd'hui à nos lecteurs que l'assemblée générale annuelle de l'*Union des Syndicats* et de la *Société civile du Concours médical* a été cette année plus satisfaisante encore que les années précédentes.

Le nombre des confrères présents était plus considérable ; l'intérêt des questions traitées, la compétence et l'éloquence des orateurs, ont rendu les discussions particulièrement fructueuses ; d'importantes résolutions ont été prises, ainsi que nos lecteurs pourront s'en rendre compte en recevant le numéro prochain auquel l'abondance des matériaux et la nécessité de les classer nous oblige à reporter le compte rendu, ainsi que nous l'avons fait l'année dernière.

Le banquet a été, de l'aveu unanime, excellent et parfaitement servi. Parmi les convives, signalons la présence de plusieurs notabilités du Parlement, de représentants distingués de la presse médicale, parisienne et provinciale, et le président de l'Association des étudiants de Paris. Aussi les toasts ont-ils été nombreux, chaleureux et très applaudis.

La soirée s'est prolongée au milieu des conversations les plus cordiales et on ne s'est séparé qu'à regret en se donnant rendez-vous pour l'année prochaine, où la coïncidence de l'Exposition universelle donnera certainement à notre assemblée un éclat encore plus grand.

LA SEMAINE MÉDICALE

L'acide fluorhydrique et le bacille tuberculeux.

M. *Jaccoud* est venu, lui aussi, déposer dans le procès de l'acide fluorhydrique, et son témoignage n'est pas favorable. Il a inoculé parallèlement à des cobayes, des crachats purs de phthisiques et d'autres crachats soumis pendant 45 minutes à l'action directe d'une mixture d'acide fluorhydrique et d'eau dans diverses proportions. Les résultats ont été à peu près les mêmes de part et d'autre. Les cobayes inoculés avec les crachats soumis aux vapeurs fluorhydriques ont présenté tous, au bout de 5 à 8 semaines, une tuberculose diffuse identique à celle qui a été constatée chez les témoins. La généralisation était même plus étendue, dans des cas où la mixture prétendue anti-bacillaire était au maximum de concentration, eau et acide à parties égales. Ainsi, il n'y a rien à attendre de l'acide fluorhydrique en solution pour enlever la virulence des crachats bacillifères. Il est vrai que les vapeurs d'acide fluorhydrique pur détruisent bien la virulence des bacilles in vitro ; mais que nous importe ? Personne ne peut introduire l'acide fluorhydrique pur dans l'organisme.

M. *Hérard* a protesté contre les expériences de M. Jaccoud et fait allusion à des résultats différents obtenus par d'autres *expérimentateurs. Toutefois,*

il nous semble que, malgré l'approbation du président de l'Académie, la vogue de l'acide fluorhydrique est déjà tombée, et notamment depuis les expériences si démonstratives de MM. Grancher et Chautard dont nous avons parlé il y a quelque mois, il n'y a plus d'illusion à se faire sur la valeur thérapeutique de l'acide fluorhydrique dans la tuberculose. Tout au plus peut-on dire que les premières inhalations excitent l'appétit, stimulent la nutrition et procurent ainsi quelques jours d'amélioration ; on en peut dire autant de beaucoup de médications. Mais ce n'est pas là ce que chacun attend et cherche.

Nombre d'enfants par ménage.

Si la France finit par succomber par suite de l'insuffisance de sa natalité, ce n'aura pas été par ignorance du mal qui la mine ; car les statisticiens ne cessent d'étudier sous toutes ses faces le problème. M. le Dr *Chervin* a fait à l'Académie une communication sur le nombre des enfants par ménage, d'après les résultats du dernier dénombrement de la population.

Il résulte de cette vaste enquête que les familles françaises peuvent se classer de la manière suivante:

2.073.205	n'ont pas		d'enfant,	soit	20 %
2.542.611	ont	1	enfant,	—	24
2.265.317		2	—	—	22
1.512.054		3	—	—	15
936.853		4	—	—	9
549.693		5	—	—	5
313.400		6	—	—	3
232.188		7	—	ou plus	2

La moyenne, en France, est de 259 enfants pour 100 familles ayant des enfants. C'est là une proportion tout à fait insuffisante, ce qui explique parfaitement l'extrême faiblesse de l'accroissement de la population française.

Les départements où le nombre des enfants est minimum se divisent en quatre groupes.

Au Nord-Ouest: l'Orne, le Calvados, l'Eure, l'Oise, Seine-et-Oise et Seine.

Au Nord-Est : l'Aube et la Côte-d'Or.

Au Sud-Ouest : la Charente-Inférieure, la Gironde, le Lot, Lot-et-Garonne, Gers, Tarn-et-Garonne.

Au Sud-Est : le Gard et les Bouches-du-Rhône.

Au Centre : l'Indre-et-Loire et le Rhône.

Dans ces départements, la moyenne des enfants varie de 200 à 228 pour cent familles.

Les départements où les enfants sont le plus nombreux sont représentés d'un côté par la Bretagne et le Poitou, de l'autre, par la Savoie, l'Auvergne et une partie du Limousin et du Berry.

Au Nord : par les Flandres et l'Artois.

Enfin, nous trouvons, çà et là, quelques départements isolés comme les Basses-Pyrénées, la Haute-Garonne, l'Aveyron, l'Ardèche et la Corse.

Les moyennes de ces départements varient de 285 à 340 enfants pour 100 ménages.

Tous les autres départements sont intermédiaires entre ces deux grands groupes et servent de traits d'union entre les départements à moyenne maximum et ceux à moyenne minimum.

Hémiopie homonyme et amblyopie croisée.

La question si importante des localisations cérébrales continue à progresser grâce aux efforts de nombreux chercheurs qui utilisent à la fois l'observation clinique et nécropsique, l'expérimentation. M. Charcot, qui par lui-même et par ses nombreux élèves devenus maîtres à leur tour, Bouchard, Pitres, Pierret, Ballet, etc., a tant contribué au triomphe de la doctrine des localisations, a communiqué à l'Académie les résultats de recherches récentes de M. *Lannegrave* sur la pathogénie d'un syndrome encéphalique dont les causes sont encore mal connues.

I. L'hémiopie homonyme est le résultat d'une lésion qui frappe directement l'appareil sensoriel après qu'il a subi la demi-décussation chiasmatique.

Les fibres optiques demi-décussées, après s'être dégagées des couches optiques, s'irradient sur une étendue considérable de la convexité de l'écorce, depuis l'occiput en arrière jusqu'à la région motrice en avant ; le gros des fibres optiques se concentre dans le lobe occipital, le reste des fibres optiques s'éparpille dans les parties antérieures de l'écorce.

La zone visuelle, ou de l'hémiopie, est donc très étendue, mais elle a son foyer principal à l'occiput.

Les cellules visuelles de l'écorce peuvent se suppléer dans une certaine mesure ; le retour d'un certain degré de vision a été possible, après plusieurs mois de survie, chez un singe, qui avait subi une destruction complète des deux lobes occipitaux et des deux gyrus angulaires.

Quand une lésion frappe l'ensemble des conducteurs optiques, après leur demi-décussation (bandelettes optiques, couches optiques et leur voisinage) l'hémiopie est absolue à plan limité vertical.

Quand une lésion ne frappe qu'une partie des éléments terminaux de l'appareil optique (lésion corticale), l'hémiopie prend un caractère particulier; la vision centrale persiste.

II. L'amblyopie est la compagne obligée d'une altération de la sensibilité oculaire dont elle paraît être la conséquence.

L'amblyopie est probablement le résultat d'un vice nutritif de la rétine, provoqué par une lésion qui porte sur l'appareil sensitif oculaire. Comme cet appareil subit une décussation totale au niveau de la protubérance, si la lésion le frappe dans sa partie cérébrale, l'amblyopie est forcément croisée.

Le faisceau sensitif oculaire est condensé dans le segment postérieur de la capsule interne ; là, il se trouve très voisin du faisceau optique. Une lésion de cette région, suivant qu'elle atteindra les deux faisceaux sensoriel et sensitif, isolément ou simultanément, entraînera soit l'amblyopie croisée, soit l'hémiopie homonyme, soit l'association de ces deux ordres de troubles.

Au sortir de la capsule, le faisceau sensitif oculaire paraît s'irradier vers la région fronto-parié-

tale et plus spécialement vers le lobe pariétal (lobule supérieur). La zone oculo-sensitive, zone d'amblyopie, serait donc inscrite dans la partie antérieure de la zone visuelle, zone de l'hémiopie. Une lésion corticale frappant les deux appareils sensitif et sensoriel à leur point de contact devrait donc toujours entraîner à la fois l'amblyopie et l'hémiopie ; celle-ci peut cependant manquer, en vertu de la suppléance mutuelle des cellules visuelles.

On comprend combien il serait insuffisant de baser une pareille théorie uniquement sur des expériences. Mais M. Lannegrave a réuni un nombre considérable d'observations cliniques qui paraissent plaider dans le même sens. Son travail est donc fort intéressant et ajoute un document important à l'étude de cette question si complexe.

Traitement de la phthisie par le calomel.

C'est M. *Dochman*, privat docent à la Faculté de Kazan, qui patronne cette thérapeutique. Ce médecin aurait déjà constaté les effets bienfaisants du calomel dans l'anémie simple : augmentation de l'appétit, suppression de la constipation et régularisation des règles.

Dans l'anémie tuberculeuse, à la première période et au début de la seconde, des effets aussi favorables seraient obtenus par l'emploi du calomel pendant un ou deux mois; à la troisième période, le calomel aurait encore l'avantage d'abaisser la température et de faire cesser la diarrhée.

Voici les formules que préconise M. Dochman.

1° Calomel (préparé par voie humide).. 0 gr. 72
Pepsine.............................. 3 gr. 75
Laudanum de Sydenham....... XXX gouttes.
Extrait de phellandrie aquatique... q. s.
Pour 60 pilules.

2° Calomel............................ 0 gr. 72
Pepsine.............................. 3 gr. 75
Ergotine Bonjean...................... 0 gr. 09
Extrait de réglisse.................. q. s.
Pour 60 pilules.
(Quand il y a hémoptysie).

3° Calomel............................ 0 gr. 72
Pepsine.............................. 3 gr. 75
Extrait de jusquiame................. 0 gr. 36
Extrait de phellandrie aquatique. .. q. s.
Pour 60 pilules.

Le premier jour le malade prend deux pilules toutes les deux heures ou, en tout, douze pilules *pro die* (chaque pilule contient 0,012 milligrammes de calomel) ; le deuxième jour, dix pilules en cinq fois ; le troisième jour, huit pilules en quatre fois, et à partir du quatrième jour jusqu'à la fin du traitement il continue à prendre six pilules par jour, en trois fois. Tous les cinq ou six jours on suspend le traitement pour deux ou trois jours. A chaque recrudescence de la fièvre, on augmente la dose de calomel jusqu'à douze ou quatorze pilules par jour.

Mais la salivation mercurielle ?

Traitement des leucoplasies buccales par le baume du Pérou.

On sait, lisons-nous dans le *Bulletin Médical*, que la leucoplasie est une affection très rebelle à tous les traitements (scarifications, thermo-cautère, curage, nitrate d'argent, iode, etc.), souvent inguérissable et pouvant même parfois dégénérer en épithélioma. Or, M. *Rosenberg* prétend avoir trouvé dans le baume du Pérou un moyen à la fois inoffensif et très efficace contre cette désagréable maladie.

Le travail de M. Rosenberg sort de la clinique dermatologique du professeur Lassar, à Berlin, et il est basé sur l'observation de treize malades dont l'un est l'auteur lui-même.

Le traitement préconisé par M. Rosenberg consiste en badigeonnages des parties affectées avec le baume du Pérou pur. Les parties douloureuses et fissurées sont badigeonnées à l'aide d'un pinceau mou, tandis que sur les plaques insensibles de la muqueuse il est bon de faire des frictions au moyen d'un pinceau dur. Ces badigeonnages et frictions doivent être faits par le malade lui-même, de une à trois fois tous les jours. Après chaque badigeonnage le médicament doit être gardé dans la bouche au moins pendant trois à cinq minutes.

Les badigeonnages au baume du Pérou provoquent toujours une sensation légère de brûlure et une salivation profuse. Il faut que le malade résiste pendant quelques minutes à l'envie de cracher pour laisser le temps au médicament de produire son action. Deux autres conditions indispensables au succès sont : l'emploi d'un médicament de bonne qualité (le baume du Pérou est souvent sophistiqué) et un traitement aussi prolongé que l'exige chaque cas particulier. Souvent il suffit de quelques jours pour voir disparaître les douleurs et de quelques semaines pour obtenir la guérison. D'autres fois le traitement est beaucoup plus long. Ainsi l'auteur fut obligé de se badigeonner (une fois par jour) pendant quinze mois pour se guérir définitivement de deux foyers leucoplasiques dont un siégeait sur la langue et l'autre sur la muqueuse de la joue.

Sur neuf cas de leucoplasie buccale traités par le baume du Pérou, M. Rosenberg obtint dans huit une guérison complète et, jusqu'à présent sans récidives. Un seul malade n'a été qu'amélioré. Mais cet insuccès relatif n'infirme en rien la valeur du médicament, car, d'abord, on avait affaire ici à une affection très invétérée, *datant de vingt-cinq ans*, et, ensuite, quel est le médicament, même le plus efficace, qui parfois n'échoue pas ?

Les excellents effets du baume du Pérou sur les leucoplasies buccales engagèrent M. Rosenberg à essayer l'action de ce même médicament dans la stomatite mercurielle et sur les plaques muqueuses de la syphilis, ce qu'il fit chez quatre malades de la clinique du professeur Lassar. Les résultats furent très favorables : les badigeonnages faisaient rapidement disparaître les douleurs dont sont accompagnées les plaques muqueuses, hâtaient singulièrement la guérison de ces plaques et diminuaient la salivation, ainsi que la durée de la stomatite mercurielle.

M. Rosenberg se propose d'étudier l'action du baume du Pérou sur les autres muqueuses, sur celles de l'urèthre, du rectum et des organes génitaux de la femme.

Pour le moment il résume les résultats de ses recherches dans les conclusions suivantes :

1° Le baume du Pérou exerce une action analgésique dans les états douloureux de la cavité buccale, dus à des altérations morbides de la muqueuse ;

2° Il accélère la guérison des ulcérations de la muqueuse buccale ;

3° Il fait disparaître les opacités et les épaississements de l'épithélium buccal. Dans les leucoplasies invétérées ce résultat ne s'obtient qu'au prix d'un traitement très prolongé.

REVUE DE CHIRURGIE

I. Greffes osseuses. — Pathogénie du tétanos.— Traitement de l'éventration abdominale post-opératoire. — II. Traitement des tumeurs du corps thyroïde. — III. Accidents causés par le ballon de Petersen. — IV. Traitement des abcès intra-ovariens. — V. Traitement chirurgical du cancer de l'utérus.

I.— Greffes osseuses. Pathogénie du tétanos. Traitement de l'éventration abdominale post-opératoire.

A la séance du 30 octobre de l'Académie de médecine, nous relevons plusieurs communications du domaine chirurgical.

a) M. *Guérin* présente une série de pièces, dues à M. Mossé (de Montpellier), et prouvant la possibilité de greffes osseuses. Ces pièces démontrent en effet : 1° la réimplantation d'une rondelle du crâne enlevée par trépanation ; 2° la transplantation de la rondelle sur un animal de même espèce ; 3° la transplantation sur un animal d'espèce différente.

A côté de ces essais faits sur les animaux, il faut citer des expériences sur l'homme qui tendraient à prouver qu'une rondelle de trépan est susceptible d'être greffée à la place qu'elle occupait avant l'opération.

b) M. *Verneuil*, après avoir affirmé la nature infectieuse du tétanos, aborde la question de transmissibilité de l'homme à l'homme qui n'est encore démontrée que par un petit nombre de faits. Cette transmission ne paraît pas emprunter la voie atmosphérique et semble se faire exclusivement par contact direct ou indirect. Il est parfois très difficile de démontrer le véritable agent du transport parmi les intermédiaires nombreux et variés échelonnés entre le premier tétanique et les suivants : il y a encore là un vaste champ pour l'observation.

c) M. Périer présente une malade chez laquelle il a fait une résection de la paroi abdominale pour une éventration consécutive à une hystérectomie pratiquée quatre ans auparavant. La peau formait au-dessous de l'ombilic un sac rempli par une grande partie du paquet intestinal et qui retombait par-dessus le pubis jusqu'au haut des cuisses. Après avoir ouvert le péritoine et remis l'intestin en place dans l'abdomen, M. Périer plaça de suite à la base de l'éventration, d'un côté à l'autre, des fils d'argent qui traversaient la paroi abdominale dans toute son épaisseur, en empiétant sur les muscles droits. L'excédent de paroi ne fut excisé qu'après le placement de tous ces fils. Les lèvres de la plaie furent alors rapprochées et suturées aux crins de Florence. La malade est parfaitement guérie des douleurs et des troubles digestifs qu'elle éprouvait. Nous n'avons pas besoin d'insister sur l'intérêt pratique de cette observation à une époque où la laparotomie devient une opération de plus en plus fréquente et donne assez souvent naissance à l'éventration.

II. — Traitement des tumeurs du corps thyroïde.

Le Dr Ozenne, dans un travail intéressant sur ce sujet (1), divise les tumeurs du corps thyroïde en deux groupes : dans l'un se rangent toutes les tumeurs d'origine hypertrophique, qui composent la grande majorité des néoplasmes de cet organe; dans l'autre, les tumeurs malignes dont le cancer est la variété la plus fréquente.

D'un pronostic absolument fatal, les tumeurs de ce second groupe déjouent toute tentative thérapeutique qui aurait l'espoir d'obtenir des résultats durables ; lorsqu'une opération est résolue, le seul traitement à tenter est la thyroïdectomie, bien que les récidives soient presque toujours fatales. Aussi un grand nombre de chirurgiens se refusent-ils à pratiquer toute intervention, sauf les cas où, par suite de phénomènes de compression, une opération d'urgence est nécessaire. Il est vrai de dire que cette opération palliative, la trachéotomie, donne encore de plus mauvais résultats que l'extirpation.

Le traitement de l'autre groupe de tumeurs, celles d'origine hypertrophique, est plus varié et donne des résultats plus encourageants ; il se divise en traitement médical et traitement chirurgical. Le premier comprend des soins hygiéniques, véritables moyens prophylactiques, tels que l'interdiction des eaux de citerne, l'assainissement des habitations dans les pays où la maladie est endémique et surtout la suspension de tout travail, qui nécessite des efforts répétés. *L'iode* est prescrit à l'intérieur, soit sous la forme d'iodure de potassium, à des doses variant entre 50 centigr. et 6 gr. par jour, soit à l'état de teinture (1 à 10 gouttes et plus par jour). L'emploi doit en être continué pendant un temps fort long. On peut essayer localement les friction mercurielles, l'emplâtre de Vigo, l'emplâtre de ciguë, la teinture d'iode en badigeonnages. Si ce traitement médical reste inefficace, la question de l'intervention se pose.

Si la tumeur n'augmente pas sensiblement de volume, on ne doit proposer aucune opération, à moins qu'on ne veuille faire disparaître la difformité qui en résulte; si, au contraire, le goître a une tendance marquée à s'accroître, si surtout on voit survenir des accidents de compression ou des compli-

(1) *Gazette des hôpitaux*, 29 septembre 1888.

cations inflammatoires, on peut tenter un traitement chirurgical qui diffère suivant la variété du goître et suivant la nature des accidents.

Les opérations palliatives ont surtout pour but de remédier aux accidents de compression : ce sont le *déplacement de la tumeur et la trachéotomie.* Le déplacement de la tumeur, a été imaginé par Bonnet dans les cas de goître plongeant : il se servait d'un instrument en forme de fourchette dont les dents étaient fixées sur la tumeur et l'autre extrémité sur le thorax. M. Ollier, au lieu de soulever la tumeur, la fixe à la peau par sa partie supérieure au moyen d'adhérences consécutives à des cautérisations.— La *trachéotomie* est souvent une opération d'urgence et presque toujours laborieuse : il faut avoir soin de se munir de canules très longues formées de parties articulées ou flexibles dans leur portion trachéale.

Quant aux opérations curatives, il faut choisir parmi elles, suivant que l'on a à traiter un goître kystique ou un goître parenchymateux.

a) *Goîtres kystiques.*— Dans ce premier cas, on peut employer différents moyens opératoires qui ont pour objet de déterminer une inflammation suppurative : tels sont le *séton* (Velpeau), le *drainage capillaire* au moyen d'un faisceau de crins de cheval rendus antiseptiques (Daniel Mollière), le *drainage* ordinaire, la *cautérisation* des parois kystiques, l'*incision* qui expose aux hémorrhagies, etc. Plusieurs de ces procédés sont aujourd'hui presque abandonnés : on leur préfère d'autres procédés tendant à provoquer une inflammation adhésive ou au moins suppurative : ce sont les *ponctions simples* et les *injections irritantes.*

La *ponction simple* n'est ordinairement qu'un moyen palliatif ; il faut avoir soin de la pratiquer avec les aiguilles les plus fines des appareils aspirateurs, et, dans certains cas, de ne pas vider totalement la poche, ce qui peut donner lieu à des hémorrhagies. Il est rare qu'une seule ponction suffise pour obtenir la guérison.

On associe le plus souvent à la ponction les *injections irritantes* qui doivent être faites suivant la méthode généralement adoptée pour la cure des hydrocèles. Le liquide irritant, dont se servent avec succès la plupart des chirurgiens, c'est la solution de teinture d'iode au tiers ou au cinquième, dont la quantité injectée peut être de 10 à 20 grammes : on a encore employé d'autres liquides irritants : alcool (Monod), chlorure de zinc (Th. Anger), perchlorure de fer (Morell Mackenzie). C'est par les ponctions simples répétées avec évacuation partielle, et en cas d'insuccès, par les injections iodées que doivent être traités les kystes superficiels, uniloculaires, à liquide séreux et à parois souples. Quelques chirurgiens conseillent l'ablation d'emblée, surtout pour les kystes sanguins (Trélat, Tillaux) et pour les kystes à poches multiples. Si l'on a à faire à une poche uniloculaire située profondément, à parois fortes et à contenu épais, les ponctions et les injections ne présentent aucun avantage : il faut leur préférer l'incision et laver largement la poche.

b) *Goîtres parenchymateux.* — On abandonne à peu près complètement aujourd'hui un certain nombre de procédés inefficaces ou dangereux, tels que le séton, les cautérisations superficielles et profondes, le broiement sous-cutané, l'électricité et la ligature des artères thyroïdiennes. Deux méthodes seules restent actuellement en présence : les *injections interstitielles* et la *thyroïdectomie.* Les injections interstitielles constituent un des modes de traitement des plus efficaces : elles ont été faites avec des liquides différents parmi lesquels il faut citer : le perchlorure de fer, le chlorure de zinc, le chlorure de potassium et de sodium, l'alcool, l'ergotine, l'iodoforme, la liqueur de Fowler (Grunmach), la teinture d'iode. C'est ce dernier médicament qui paraît avoir donné les meilleurs succès entre les mains de Luton, Levêque, M. Mackenzie, Duguet, etc. Si les goîtres sont récents, ils ont toutes chances pour être radicalement et rapidement guéris par les injections de teinture d'iode ; s'ils sont anciens, ils sont rapidement améliorés par ce traitement. Quelques-uns cependant sont réfractaires ou dégénérés et nécessitent l'extirpation : nous reviendrons dans quelque temps sur le manuel opératoire et les résultats de cette opération, la thyroïdectomie.

III. — Accidents causés par le ballon de Petersen.

La taille sus-pubienne entre de plus en plus dans la pratique du traitement des cystites et des calculs volumineux : cette opération est singulièrement facilitée par l'introduction dans le rectum du ballon de Petersen dont le gonflement a pour but de refouler en haut la partie supérieure de la vessie et le cul-de-sac péritonéal. Toutefois, il faut se servir avec prudence de ce ballon. M. Nicaise rapporte à la Société de chirurgie un cas de mort causée par la déchirure de la paroi antérieure du rectum par suite de la pression exercée par le ballon de Petersen ; il n'avait cependant injecté que 280 gr. d'eau boriquée. M. Routier a observé un fait presque analogue. Ces accidents sont rares et sont peut-être dus à ce qu'il existe une altération primitive des parois rectales (*Le Dentu*). — *Quelques* chirurgiens (T. Anger, Desprès, etc.) sont d'avis qu'en présence de ces accidents, il faut abandonner l'usage de ce ballon sans lequel on peut mener à bien une opération de taille sus-pubienne. Tel n'est pas l'opinion de la plupart des membres de la Société de chirurgie qui pensent que, malgré les *faits* malheureux qu'on vient de rapporter, l'usage du ballon de Petersen a plus d'avantages que d'inconvénients : comme l'a fort bien dit M. Périer, « il faut avoir soin de ne pas pousser trop loin la distension et ne pas faire pénétrer une quantité d'eau qui puisse mettre en jeu sa force élastique ; on peut le distendre, à la condition de ne pas faire d'efforts, de ne pas chercher à vaincre une résistance qui doit servir d'indications pour s'arrêter. »

IV. — Traitement des abcès intra-crâniens consécutifs aux suppurations de l'oreille.

Les suppurations prolongées de l'oreille ne doivent pas être négligées, parce qu'elles peuvent donner lieu à des complications dont l'abcès intra-crânien n'est pas le moindre : lorsque cette complication existe, il ne faut pas hésiter, en raison du danger que court le malade, à intervenir d'une manière énergique.

Le Dr Chauvel vient d'étudier cette question de pratique dans une communication récente à l'Académie de médecine : d'après lui, ces abcès siègent le plus souvent au voisinage du rocher. Le foyer se rencontre dans le lobe temporo-sphénoïdal, vers sa partie moyenne ou postérieure et près de sa face inférieure.

Quand la myringotomie et le nettoyage antiseptique de l'oreille moyenne, combinés avec la trépanation de l'apophyse mastoïde, ne produisent pas d'amélioration dans les phénomènes cérébraux ; quand la thrombose des sinus et la méningite semblent pouvoir être éliminées et que l'abcès cérébral est probable, l'ouverture du crâne est autorisée.

Suivant que les symptômes indiquent une lésion du cerveau ou du cervelet, le trépan est appliqué directement au-dessus du méat auditif, à distance égale des deux verticales qui circonscrivent le pavillon de l'oreille, ou à un doigt plus en arrière, à hauteur ou près du bord supérieur du pavillon.

Le crâne étant ouvert largement, la dure-mère est divisée et un fin trocart, enfoncé dans la substance cérébrale, indique la présence du pus, le siège du foyer et sert de guide au bistouri.

L'abcès, largement ouvert, est prudemment nettoyé et drainé avec soin. Au besoin (Barr et Macewen) une contr'ouverture déclive assure l'écoulement du pus et favorise la cicatrisation.

Traitement chirurgical du cancer de l'utérus.

Quel est le meilleur traitement à opposer au cancer de l'utérus ? Faut-il aussitôt que possible enlever l'utérus en totalité ou se contenter d'une opération partielle moins grave au point de vue opératoire, mais ayant moins de chances d'être curative ? C'est là une question à laquelle il n'est pas possible encore de répondre d'une manière formelle : il faut, pour se prononcer, attendre que l'on connaisse quelle sera la mortalité opératoire et les chances de non récidive donnée par l'opération radicale, l'hystérectomie vaginale, lorsqu'elle sera pratiquée avec toutes les précautions voulues.

Ces résultats sont actuellement assez encourageants : « Les statistiques les plus diverses réunies fournissent, dans leur ensemble, une proportion de 23 à 25 p. 100 de mortalité opératoire. Quelques opérateurs privilégiés tels que : Brenecke, Klotz, Léopold, Heilbrun, ont eu de longues séries à peu près blanches de mortalité. M. Péan a obtenu 16 succès opératoires sur 16 opérations (de janvier à septembre 1888) (Seycheron). »

Cependant M. *Verneuil* vient de s'élever, à la Société de chirurgie, contre l'absolutisme qui guide nombre de chirurgiens dans le choix constant de l'hystérectomie totale, qui, d'après lui, devrait être rejetée toutes les fois qu'elle n'a pas de chance d'être radicale. Dans nombre de cas il faut lui préférer l'hystérectomie partielle, faite avec l'écraseur linéaire et par le procédé des hémisections. C'est une opération simple dans son exécution et rendue bénigne par l'emploi des procédés non sanglants et des mesures antiseptiques. C'est une opération qui peut guérir toutes les fois qu'il y a extirpation complète du mal. Dans les autres cas, c'est une opération palliative, d'une incontestable utilité : par sa simplicité et sa bénignité, elle est bien digne de soutenir le parallèle avec l'hystérectomie totale. — M. Després pense que les opérations totales ou partielles intéressant l'utérus cancéreux sont au moins inutiles et que les hystérectomies sont passibles d'une autre objection ; c'est qu'elles sont pratiquées pour des erreurs de diagnostic.

MM. Bouilly, Richelot, Terrier, Pozzi, etc., viennent tour à tour défendre l'hystérectomie totale mise en cause, tout en reconnaissant que dans quelques cas l'amputation partielle est une bonne opération ; mais ce qui fait, d'après ces chirurgiens, la supériorité de l'hystérectomie totale, c'est que c'est elle qui donne le plus de chances d'assurer une guérison radicale et qui donne le plus de survie. Elle est d'autant plus indiquée que les lésions sont plus limitées et plus rapprochées du début de l'affection.

M. Terrier admet l'innocuité de l'amputation du col pour laquelle il préfère de beaucoup l'anse galvanique à l'écraseur ; mais si les moyennes plaident en faveur de la valeur *palliative* de l'opération restreinte, le nombre des guérisons obtenues en 8 ans par M. Verneuil à l'aide de cette méthode est inférieur à celui que M. Terrier a obtenu en trois ans par l'opération radicale. On ne pourra d'ailleurs établir un jugement décisif sur la valeur des deux méthodes que le jour où les statistiques seront de part et d'autre faites avec examen anatomo-pathologique. Tel est aussi l'avis du Pr Trélat, qui pense que l'on ne possède pas à l'heure actuelle tous les éléments nécessaires à la solution du problème.

Dans un article (1) où il résume, avec sa clarté habituelle, les principaux traits de cette discussion intéressante, M. P. Reclus conclut en ces termes: « L'hystérectomie complète est plus meurtrière que l'hystérectomie partielle, fût-elle supra-vaginale; cette léthalité plus grande n'est pas compensée par une survie plus considérable; une fois évitée la mort opératoire, les deux extirpations paraissent égales devant la récidive ; enfin la guérison n'a pas été observée plus souvent à la suite de l'une que de l'autre opération. — Aussi, tout en réservant certains cas exceptionnels que la clinique saura déterminer, nous admettons avec Verneuil que l'hystérectomie partielle doit être le procédé de choix. »

Ces conclusions sont un peu prématurées et ne semblent pas donner à l'hystérectomie totale la place qu'elle a déjà conquise : aussi vaut-il mieux attendre des statistiques plus complètes et plus détaillées pour juger cette importante question de thérapeutique chirurgicale.

(1) *Gazette hebdomadaire*, 2 novembre 1888.

SYPHILIGRAPHIE

Des formes graves de la syphilis. — Comment et pourquoi la syphilis peut être grave. — Pronostic de la syphilis.

(*Suite*).

Par M. A. Morel-Lavallée,
Chef de clinique de la Faculté à l'hôpital Saint-Louis.

II

FORMES GRAVES DE LA SYPHILIS :

I. FORMES GRAVES DE LA PÉRIODE DITE VIRULENTE	*Syphilis secondaire intense..*	Rapidité d'évolution. Confluence des érupt. Confusion des modalités éruptives.
	Syphilis dénutritive secondaire.	
	Syphilis maligne précoce.	
	Syphilis viscérale précoce.	
II. FORMES GRAVES DU TERTIARISME	*Syphilis tertiaire intense, continue.*	
	Phagédénisme, sphacèle.	
	Cachexie tertiaire.	
	Localisations graves.	

III

PÉRIODE DITE VIRULENTE. — 1. *Syphilis secondaire intense*. — C'est du côté de la peau que se porte tout l'effort initial de l'infection secondaire ; si elle s'y cantonne, si elle borne ses manifestations au système tégumentaire, quelque redoublées et considérables qu'elles soient, la syphilis ne sortira pas de ses attributions classiques (1) ; elle n'aura pas (qu'on nous passe l'expression) excédé ses pouvoirs, elle en aura seulement usé jusqu'au bout, pourvu qu'elle n'empiète pas sur les caractères assignés à la période tertiaire. Quels sont donc les signes distinctifs des syphilides (2) de ces deux périodes ?

Les syphilides secondaires, dit M. le professeur Fournier, sont des dermatoses superficielles, bénignes, résolutives ; les syphilides tertiaires sont profondes, graves, ulcératives, aboutissant à la destruction ou à l'atrophie interstitielle de la peau. En revanche, tandis que les premières sont profuses, disséminées, parfois même généralisées, les secondes sont relativement discrètes, circonscrites, régionales. Les premières sont polymorphes, les secondes monomorphes. Les nombreux et divers éléments des syphilides secondaires sont en général disséminés au hasard, sans discipline éruptive ; les syphilides tertiaires sont *méthodiques* (en corymbe, en bouquet, etc.) ; *la vérole se range, se discipline en vieillissant*.

Nous avons maintenant tous les éléments d'appréciation. Qu'après le chancre, à l'expiration de la seconde incubation, paraisse une roséole, respectant la face et les extrémités, fidèle au type érythémateux pur, rien de mieux ; mais si déjà cette éruption est profuse, si déjà les régions palmaires sont tachetées de rouge, si les macules se diffusent en placards coalescents, s'effacent mal sous le doigt, on fera au moins cette remarque que

(1) On pourrait donc ajouter encore le qualificatif restrictif de *cutanée* à la forme que nous avons en vue ici et l'appeler *syphilis secondaire intense cutanée*, pour bien la séparer des cas ou la syphilis secondaire porte son effort sur l'économie tout entière. (Voir plus loin *syphilis dénutritive*, etc.)

(2) C'est-à-dire des manifestations *cutanées* de la vérole.

la peau du malade est *sensible* à la syphilis ; s cette première éruption se mêle, non pas de quelques-unes, mais de nombreuses papules, de larges papules, rapidement squameuses, ou humides (plaques de Legendre, etc.), on dira que le malade est fortement *touché* ; à plus forte raison si l'éruption initiale est presque uniquement composée de papules volumineuses, dures, discoïdes, suintant dans les plis, confluentes ; si à cette éruption en succède une autre de même nature ou plus importante ; si les poussées sont rapprochées, subintrantes ; si l'éruption est moins franchement résolutive, papulo-tuberculeuse, elle frisera le tertiarisme. Mais, sans aller si loin, il est des modalités éruptives secondaires bénignes quant à la nature de leurs éléments, et qui frappent cependant le clinicien par une particularité en apparence insignifiante ; telle l'apparition précoce d'une syphilide papuleuse *en corymbe*, déjà *disciplinée*, de quelques papules superficielles et résolutives, mais groupées, coalescentes, agminées ; un tel incident, très rapproché de la roséole, fera involontairement songer au praticien que la syphilis est déjà bien *chez elle* dans l'économie infectée.

Cependant, que tout se borne là, et nous aurons assisté tout au plus à une syphilis intense, mais non à une syphilis grave. La continuité d'efflorescences superficielles, discrètes, de syphilides résolutives à la période secondaire, n'est pas non plus un fait de gravité : non plus que la résistance au traitement de certaines variétés éruptives, telle que la syphilis papulo-granuleuse ou lichénoïde, par exemple ; que la syphilide pigmentaire (si on peut assimiler cette dyschromie à une éruption). Mais il y a plus : il est *de règle* que la syphilis marque sa prise de possession de l'individu par une explosion de symptômes généraux et fébriles, surtout chez la femme ; tout l'être est en souffrance, les globules diminuent, la nutrition est entravée, le malade perd de son poids (en six semaines deux mois, 2, 3, 4 livres ou plus). Mais tout cela va se réparer, les forces et l'embonpoint reviendront, surtout avec le mercure, et si le patient (ordinairement un fumeur) se plaint de ne pouvoir se débarrasser de plaques muqueuses buccales, — comme de quelques papulo-croûtes à la peau ou au cuir chevelu, — le médecin lui dira qu'il est normal que la syphilis frappe le tégument externe et les orifices muqueux un peu plus ou un peu moins ; et normal à tel point que nombre de médecins, estimant que la vérole *jette son feu*, se réjouissent de la multiplicité des déterminations cutanées de son jeune âge, et y provoquent même par l'administration raisonnée et méthodique de bains sulfureux (1). Il est même une variété d'érythème secondaire, que M. le professeur Fournier regarde en quelque sorte, avec Bazin, comme un bon présage, c'est la *roséole annulaire* ; l'apparition de cette forme graphique tardive (deuxième et troisième années) était, pour Bazin, l'indice d'une syphilis modifiée par le mercure.

Ainsi donc une syphilis cutanée *intense* n'est pas pour ce fait une syphilis *grave*, et cela, répétons-le, parce qu'elle peut guérir là et n'aboutir point au tertiarisme ; de cela les exemples abondent. Mais, en revanche, cette même période secondaire peut terrasser le malade avec une rapidité parfois foudroyante et le drame pathologique peut se terminer par une catastrophe presque dès le lever du rideau.

2. *Syphilis viscérale précoce.* — Nous verrons

(1) Ce qui nous paraît au moins inutile.

en terminant cette Revue que la syphilis tertiaire est souvent grave, — on pourrait dire le plus souvent, — par ses localisations, et de leur seul fait. La syphilis secondaire peut en faire autant : elle peut aussi frapper peu, *discrètement*, mais d'une façon terrible. Nous arrivons ici à la FORME VISCÉRALE PRÉCOCE qui peut se réaliser suivant les types suivants : syphilis cutanée souvent bénigne ou insignifiante, puis syphilis cérébrale au bout de quelques mois, paraplégie secondaire (1), myélite transverse précoce, presque immédiate (Obs. Leloir). Résumons ici un cas analogue observé cette année par nous dans le service de notre excellent maître M. Fournier :

Un homme de vingt-cinq ans entre à la clinique de l'hôpital Saint-Louis, porteur d'un purpura généralisé (quoique discret, sauf aux jambes) et d'un œdème blanc mat, datant de quelques jours et surtout accusé aux paupières et aux chevilles. Aucune étiologie vraisemblable, refroidissement, rhumatisme ou autre. Albuminurie colossale. Il existe sur la verge une érosion un peu dure, remontant à trois semaines, mais minime, et sans adénopathie notable que l'œdème permette tout au moins de constater. M. Fournier croit à un chancre induré *possible*. La persistance pendant cinq semaines des lésions purpuriques évoluant par poussées successives ne permet pas de voir s'il se produit, ou non, une roséole. En tout cas, pas de céphalée, d'ostéalgie, ni de fièvre secondaire. Traitement : une pilule proto-iodure 5 centigrammes, iodure 2 grammes.

Aucun autre symptôme quelconque pendant trois mois, qu'une albumine énorme, constante, persistante, et une couleur mate des téguments ; le purpura a disparu, l'œdème a fort diminué. A ce moment, on constate sur le tronc et le bras *trois* syphilis papuleuses à peine ébauchées, mais quinze jours après se montre au dos *une* syphilis *en corymbe* des plus nettes... Frictions mercurielles. Iodure à hautes doses... Plusieurs semaines après, le malade part à Vincennes, conservant un seul symptôme, l'albuminurie, mais au même degré énorme.

Cette observation est des plus remarquables à cause de la bénignité exceptionnelle des accidents initiaux et cutanés et de la réalisation d'une *forme rénale précoce* de la syphilis. Ce diagnostic nous paraît d'autant plus inattaquable, que nous comprendrions difficilement qu'une albuminurie aussi colossale, de nature non syphilitique, eût permis l'administration continue de doses élevées de mercure et d'iodure, sans hydrargyrie, sans salivation, et sans aucun symptôme autre concomitant et en dépit de l'inapplication du régime lacté (auquel nous n'avons pu arriver).

Il est vraisemblable que ces formes viscérales précoces pourraient se multiplier à l'infini ; nous n'y insisterons donc pas davantage, si ce n'est pour dire que l'hérédosyphilis (commune, non tardive) est toujours *viscérale précoce* et que même, bien qu'*à un moindre degré*, il en est ainsi de la syphilis acquise du premier âge, d'où la nécessité d'un traitement mixte institué de bonne heure.

3. *Syphilis dénutritive secondaire*. — L'anémie, la dénutrition, la perte des forces et du poids qui, habituellement, s'observent d'une façon temporaire et à un degré moyen lors de la généralisation de l'infection spécifique, peuvent s'accentuer d'une manière telle que le malade ainsi touché ne s'en relève pas. Jamais il ne sera plus le même ; l'embonpoint et la vigueur sont partis pour toujours ; ce sont des sujets « finis », comme d'aucuns le disent eux-mêmes tristement. Quelle est leur destinée ultérieure ? Ils seront sans doute, dans un avenir plus ou moins rapproché, la proie de quelque manifestation profonde du tertiarisme, mais avant tout ils sont immédiatement mis en imminence morbide pour toutes les maladies ou infections qui déciment l'humanité, et en premier lieu pour l'infection tuberculeuse. Il est des gens qui, sans hérédité, sans antécédents personnels, sont devenus tuberculeux et sont morts quelques mois après leur entrée dans la cachexie syphilitique secondaire ; c'est là la phthisie post-syphilitique, tuberculeuse qu'il ne faut point confondre avec la phthisie syphilitique par syphilome broncho-pulmonaire.

La forme que nous venons de décrire peut se rencontrer à l'état isolé, c'est-à-dire consécutivement à une syphilis cutanée légère ou moyenne ; il est possible, en effet, que la vérole, presque sans manifestation extérieure, ruine du coup une existence, par toxhémie, absolument comme on arrive expérimentalement, à tuer par septicémie foudroyante des cobayes, en leur injectant dans les veines une forte quantité de culture de bacilles de Koch, avant même que les tubercules n'aient eu le temps de se produire. Voici un exemple de cette évolution de la syphilis, encore recueilli dans les salles de notre maître M. le professeur Fournier :

Le 10 juillet 1888, entre à la salle Saint-Louis, n° 35, le nommé Z..., Isaac, âgé de vingt-six ans, casquettier. Il porte au prépuce une cicatrice indurée, consécutive à un chancre syphilitique, soigné il y a *deux mois* par M. Mauriac. Pour toute manifestation de la syphilis il présente actuellement des syphilides *gommeuses* du pharynx et des amygdales ; *depuis quinze jours* il souffre violemment de douleurs pharyngées irradiées aux oreilles (1), et toute alimentation solide est impossible. Ce malade n'a eu ni fièvre, ni céphalée, ni douleurs dans les membres ou les os, ni aucune éruption d'aucune sorte ; les ganglions inguinaux sont minimes : nulle autre adénopathie n'existe ; or, depuis deux mois, c'est-à-dire déjà bien avant le début des lésions gutturales, cet homme se voyait maigrir d'une façon telle *qu'il n'osait sortir dans la rue de peur d'être la risée des voisins*. Il a perdu dans ce temps TRENTE-HUIT LIVRES (de 151 il est tombé à 113).

Le 25 juillet, c'est-à-dire *quinze jours après*, sous l'influence d'un traitement énergique, auquel il ne sera peut-être pas présomptueux d'attribuer ici le succès (2) (Pilules Proto 5 centigrammes *bis*,

(1) Il n'y a pas encore longtemps que les paralysies de la période secondaire, après avoir été d'abord mises sur le compte de simples coïncidences, étaient toutes rapportées à l'*hystérie secondaire*. On sait malheureusement aujourd'hui que la moelle et le cerveau (pour ne parler que d'eux) sont absolument sous le coup des expéditions coloniales infectieuses que peut envoyer dans les viscères, comme ailleurs, le tertiarisme précoce des premiers mois.

(1) Caractère assigné par les classiques aux seules ulcérations *tuberculeuses* du pharynx.

(2) Nouvelle preuve qu'il ne faut pas refuser aux syphilis malignes le bénéfice du traitement spécifique, sous prétexte qu'il ne serait pas toléré : un malade, récemment entré dans le service pour une syphilis maligne ulcérative secondaire non diagnostiquée au dehors, a guéri merveilleusement en un mois avec HUIT grammes d'iodure et dix centigrammes de proto-iodure hydrargyrique.

KI = 3 grammes, attouchements iodés quotidiens, alimentation liquide (sirop de fer, café); les ulcérations gommeuses se sont comblées ; il ne reste aujourd'hui que des syphilides opalines des amygdales ; le malade mange comme tout le monde et son poids augmente rapidement.

Cette manifestation de la syphilis secondaire sous la *forme exclusive* larvée, d'une quasi-anémie pernicieuse suraiguë, est assurément exceptionnelle ; il est également curieux de voir, ce qui est moins rare, survenir dans les douze ou dix-huit premiers mois de l'infection, des poussées aiguës de dénutrition se traduisant par la perte de trois, six, huit livres et par un notable affaiblissement, — mais par cela seul, — chez des malades n'offrant en même temps aucun accident syphilitique cutané ou viscéral.

Mais généralement, dans la pratique, il est usuel de voir la *syphilis dénutritive* coïncider avec la *syphilis maligne précoce*, en découler, se confondre avec elle.

(*A suivre.*)

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Ligue Nationale de l'Éducation physique.

Après la Ligue de l'Enseignement, qui a rendu de si grands services à la cause de l'instruction populaire, une large association nouvelle va s'occuper d'assurer à la jeunesse française, dans les campagnes comme dans les villes, une éducation physique en rapport avec les impérieuses exigences de la défense nationale.

It est fondé à Paris, dans les départements français et dans les colonies françaises, une *Ligue Nationale de l'Education physique.*

La Ligue a pour objet ;

1° De développer gratuitement, dans les Ecoles de tout ordre, la force et l'adresse de ceux qui devront un jour le service militaire au pays, la santé vigoureuse d'où dépend l'équilibre intellectuel et moral.

2° A cet effet, d'elargir et de rehausser à sa dignité véritable la culture pédagogique du corps humain.

3° D'introduire, dans les établissements d'instruction primaire, secondaire et supérieure, à côté des exercices méthodiques de la gymnastique classique, les jeux de plein air et les récréations actives qui en sont le complément nécessaire.

4° D'agir par les voies légales sur les pouvoirs publics, pour qu'un nombre d'heures suffisant soit consacré à ces exercices ou à ces jeux, dans la vie scolaire de tous les âges.

5° D'étudier, de formuler et de faire connaître les moyens pratiques pouvant conduire à ces résultats ; de déterminer dans quelle mesure ils doivent être appliqués à l'éducation des filles.

6° D'amener les communes à ouvrir pour l'usage de la population scolaire des terrains appropriés aux jeux et exercices publics, et à les pourvoir du matériel peu coûteux que comportent ces jeux et ces exercices.

7° D'instituer tous les ans un grand concours de force et d'adresse entre les champions des écoles de France, désignés par voie de sélection régionale, et de constater ainsi périodiquement la condition physique des générations qui se succèdent.

STATUTS PROVISOIRES.

ARTICLE PREMIER. La Ligue de l'Education physique a son siège à Paris, 51, rue Vivienne.

ART. 2. — Pour en faire partie il suffit d'être Français, d'adhérer aux statuts, de verser aux mains du trésorier la cotisation annuelle, qui est fixée à *trois francs*, et d'être agréé par le Bureau.

ART. 3. — Les membres de la Ligue élisent leur bureau et votent leurs statuts définitifs.

ART. 4. — Ils tiennent, au moins une fois l'an, une assemblée générale.

ART. 5. La Ligue s'interdit expressément toute action politique en dehors de son objet propre.

ART. 6. — La Ligue publie un bulletin périodique de ses opérations et des progrès de l'éducation physique en France.

MEMBRES D'HONNEUR DE LA LIGUE.

LE PRÉSIDENT DE LA RÉPUBLIQUE.
Le Président du conseil.
Les Ministres de l'Instruction publique, de la Guerre, de la Marine et de l'Intérieur ;
Les anciens Ministres de l'Instruction publique ;
Les Directeurs généraux de l'Enseignement supérieur, secondaire et primaire ;
Le vice-recteur de Paris ;
Les doyens de Facultés ;
Les membres de l'Académie de médecine ;
Le directeur de l'École normale supérieure ;
Le général commandant l'Ecole polytechnique ;
Le général commandant l'Ecole de Saint-Cyr ;
Le colonel des sapeurs-pompiers de Paris ;
Le commandant de l'École de cavalerie de Saumur ;
Le commandant de l'Ecole de gymnastique de Joinville.
Les présidents et vice-présidents élus des Unions gymnastiques, nautiques, hippiques, alpines, d'escrime et de tir.

La Ligue s'organise par groupes régionaux, départementaux et locaux.

Pendant, comme après la période d'organisation, le Comité d'initiative entend laisser la plus entière autonomie aux groupes qui se mettront en rapports avec lui. Ce qu'il veut, c'est une large étude de toutes les questions relatives à l'Education physique, avec le concours de toutes les lumières et de toutes les compétences, une enquête immédiate et sérieuse, poursuivie parallèlement au travail de propagande organique, de manière à arriver du même coup à des conclusions précises et à d'irrésistibles moyens d'action.

Adresser les adhésions au siège social de la Ligue,

51, rue Vivienne, 51

Ou au *Concours médical* qui ouvre une liste d'adhérents.

Une société comme la nôtre ne pouvait se désintéresser d'une Ligue Nationale. dont le but est digne d'être spécialement apprécié par les médecins.

Nous avons adressé notre adhésion et nous avons reçu la circulaire suivante :

Monsieur,

Le Comité a reçu votre adhésion, l'agrée et vous en remercie.

Il est essentiel à la diffusion rapide des principes

de la Ligue, que chacun de ses adhérents devienne, en son milieu, un centre de propagande.

C'est, à proprement parler, l'objet même de la Ligue, et le motif qui a fait fixer la cotisation personnelle au chiffre minime de *TROIS FRANCS*.

Nous venons, en conséquence, vous prier de vouloir bien dresser ou faire dresser dans votre entourage des LISTES D'ADHERENTS que vous ferez remplir et que nous vous demanderons de nous envoyer le plus tôt possible, sous pli affranchi, à mesure qu'elles auront réuni dix ou douze noms.

Les adhérents peuvent être de l'un et de l'autre sexe, de tous les âges et de toutes les conditions sociales; il est même désirable qu'il en soit ainsi pour élargir en tous sens l'action de la Ligue.

Les listes d'adhésion devront être dressées sur quatre colonnes portant les noms, qualités et adresses, conformément au modèle ci-dessous :

N.-B. — Les dames et les jeunes filles peuvent, avec avantage, être employées à cette propagande qui les amuse, exerce leur esprit et leur corps et leur permet de se rendre utiles à la patrie dans la mesure de leurs forces.

LISTE D'ADHÉRENTS groupés et présentés par le Concours médical.

NOM	PRÉNOMS	QUALITÉ	ADRESSE

Le Comité :

BERTHELOT, sénateur, membre de l'Académie des sciences et de l'Académie de médecine, ancien ministre de l'instruction publique, *président* ; Henri BRISSON, député, ancien président du conseil, ancien président de la Chambre ; Paul BOURDE, publiciste ; Armand COLIN, éditeur ; DARLOT, président du Conseil municipal de Paris ; DELAUNAY, de la Comédie-Française ; CLÉMENCEAU, député ; Ch. EDMOND, bibliothécaire en chef du Sénat ; JACQUES, président du Conseil général de la Seine ; Anatole de la FORGE, député ; GEORGE, sénateur ; Henri GENEVOIS, publiciste ; Paschal GROUSSET (*Philippe Daryl*), homme de lettres ; Adrien HÉBRARD, sénateur ; J. HETZEL, éditeur ; LABORDÈRE, député ; docteur LEVRAUD, membre du Conseil municipal de Paris ; Jean MACÉ, sénateur, président de la ligue de l'Enseignement ; Lucien MARC ; MESUREUR, député ; Alfred MÉZIERES, de l'Académie française, député, professeur à la Faculté des lettres ; MILLERAND, député ; S. PICHON, député ; vice-amiral PEGRON, sénateur, ancien ministre de la marine, questeur du Sénat ; RANC, ancien député ; Joseph REINACH : Emile RICHARD, conseiller municipal de Paris ; ROSENZWEIG, professeur au lycée Charlemagne ; J. SANSBŒUF, président de l'Union des Sociétés de gymnastique de France, fondateur et président d'honneur de l'Association des Sociétés de gymnastique de la Seine ; Paul STRAUSS, conseiller municipal de Paris ; docteur THULIÉ, ancien président du Conseil municipal de Paris ; Jules VERNE, homme de lettres, conseiller municipal d'Amiens ; Emile WEYL, ancien lieutenant de vaisseau.

Adresser les adhésions individuelles et les listes d'adhésions à M. HENRI ROMIEU, *secrétaire du comité,*
Au siège social : 51 rue Vivienne, 51

BULLETIN DES SYNDICATS
ET DE
L'UNION DES SYNDICATS

DIRECTEUR : Dr BARAT-DULAURIER

Réunion anniversaire du syndicat médical de la Vallée de l'Hérault.

Il y a trois ans environ, quelques-uns de nos confrères de la vallée de l'Hérault, frappés des inconvénients qu'entraîne l'isolement relatif dans lequel vivent à la campagne les médecins exerçant dans des localités voisines, résolurent, pour leur compte, de mettre fin à cet état de choses. Non seulement il y aurait un grand avantage moral à se voir plus souvent, à se connaître mieux, pensaient avec raison ces excellents confrères ; mais encore, si l'union rêvée pouvait se faire, les médecins, se sentant les coudes, seraient plus forts pour défendre, le cas échéant, leurs intérêts professionnels.

Grâce à l'activité des promoteurs, au concours bienveillant de ceux à qui le projet fut soumis, le principe fut rapidement accepté. Il ne s'agissait plus que de donner corps à cette heureuse idée. Les adhérents se réunirent, un règlement fut adopté ; le Syndicat médical de la vallée de l'Hérault était fondé. Depuis cette époque, il a vécu modestement d'abord, puis est devenu plus fort, et, maintenant vigoureux, célébrait, il y a quelques jours, son troisième anniversaire pour prouver à tous sa vitalité.

Le Bureau avait bien voulu convier à cette fête de famille M. le professeur Jaumes, président ; MM. Pécholier, secrétaire général ; Mossé, secrétaire général adjoint de l'Association de prévoyance et de secours mutuels des Médecins de l'Hérault ; M. le Dr Tedenat père, qui compte de si nombreux amis dans la vallée de l'Hérault, et son fils M. le professeur Tédenat.

Ces invitations, cordialement faites, ont été cordialement acceptées, et le jeudi 27 septembre, à 10 heures du matin, M. le président Gingibre, accompagné de tous les membres du Syndicat, recevait, dans la grande salle de la mairie de Gignac, les invités, heureux de leur apporter un témoignage de sympathie et de confraternelle estime.

M. Jaumes présente d'abord les regrets de M. Pécholier, qui, au dernier moment, a été empêché de venir, et donne lecture d'une lettre contenant les vœux que notre secrétaire général aurait voulu pouvoir exprimer lui-même.

En très bons termes, M. le président Gingibre dit combien l'absence de M. Pécholier est vivement ressentie par tous les sociétaires, et après avoir souhaité la bienvenue à ceux que le Syndicat a le plaisir de recevoir, prononce le discours suivant :

« Messieurs et chers collègues,

Le Syndicat médical de la vallée de l'Hérault compte à peine trois années d'existence, et je suis heureux de vous faire entrevoir les bons résultats de notre Association naissante. Déjà les liens de la plus étroite confraternité se sont resserrés ; les rapports sociaux entre collègues sont plus nombreux, l'union et la solidarité plus grandes, les relations plus faciles. Bien des difficultés confraternelles se sont aplanies et le sentiment le plus élevé de notre profession est désormais assuré.

Il faut que le médecin ait la plus haute idée de la dignité professionnelle ; la médecine n'est pas un métier : c'est un art appuyé sur les sciences.

La mort a déjà frappé notre Syndicat, Messieurs ; nous avons eu à déplorer la perte de notre collègue le Dr Azémar (de Saint-Félix-de-Lodez). Permettez-moi de dire à notre ami les derniers adieux.

Les adhésions au Syndicat sont lentes et difficiles et notre champ est encore étroit ; nous avons cependant le plaisir de vous annoncer l'admission d'un nouveau confrère, M. le Dr Prunac (de Saint-Félix). Je suis heureux de présenter à notre nouveau collègue nos félicitations et nos souhaits de bienvenue.

Je ne veux pas laisser échapper l'occasion qui m'est offerte par cette solennité médicale de témoigner toute notre reconnaissance à MM. les professeurs Jaumes, Tédenat, Pécholier, Mossé, et à notre doyen d'âge, M. Tédenat père, qui ont bien voulu venir rehausser par leur présence l'éclat de notre réunion et nous faire part de leurs conseils dévoués.

Je remercie M. Barmy, notre président fondateur, qui a eu le mérite d'avoir été le véritable promoteur de notre Association.

Que MM. les membres du Bureau ainsi que M. le secrétaire général, M. Rouveyrolis, reçoivent nos remerciements pour le concours très actif et très dévoué qu'ils n'ont cessé d'apporter dans la formation du Syndicat médical de la vallée de l'Hérault. » — Applaudissements.

Après le discours du Président, M. Rouveyrolis expose l'état relativement prospère de la caisse. Dans une allocution claire et élégante, le très sympathique secrétaire montre le but visé par les fondateurs du Syndicat médical de l'Hérault.

« Nous avons voulu, dit-il, établir l'union et la solidarité entre les médecins exerçant dans la région, leur apprendre à se connaître et à se protéger réciproquement, aplanir les conflits pouvant s'élever entre eux, les soutenir dans la légitime revendication de leurs droits, dans la défense de leurs intérêts moraux et matériels.

L'union est faite, et, au point de vue de nos intérêts moraux, nous avons lieu d'être satisfaits. Quant à nos intérêts matériels, nous devons l'avouer, nous n'avons rien obtenu, et cela parce que nous sommes trop isolés. Aussi devons-nous remercier notre Président de son heureuse initiative. Il a invité en notre nom, à notre réunion générale, l'élite des professeurs de Montpellier, tous membres influents de l'Association générale des Médecins de l'Hérault. Nous espérons qu'ils voudront bien nous continuer le concours dont leur présence à cette fête de famille nous donne une preuve précieuse ; nous l'espérons aussi, parce que sur plus d'un point nous poursuivons les uns et les autres le même but.

M. Rouveyrolis, en termes chaleureux, adresse à MM. Jaumes, Tédenat, Pécholier, Mossé, les remerciements des Sociétaires et promet qu'à leur tour tous les membres du Syndicat de la vallée de l'Hérault se feront une fête d'assister à l'assemblée annuelle de l'Association générale.

« Enfin, dit en terminant M. Rouveyrolis, nous sommes heureux d'avoir à nos côtés, dans notre fête d'aujourd'hui, M. Tédenat père, notre président honoraire, qui, mis au courant de nos projets, nous a donné dès le début d'excellents conseils pour mener à bonne fin notre projet d'Association syndicale.

» Depuis longtemps, parmi les jeunes ou les anciens, M. Tédenat ne comptait que des amis dans notre vallée. Ce serait déjà un grand plaisir pour nous de le voir s'asseoir à notre réunion ; mais notre joie est doublée aujourd'hui que nous l'avons à notre table, lui et son bien-aimé fils, M. le professeur Tédenat, au moment où notre cher doyen touche à son cinquantenaire de doctorat. Il nous sera permis de précéder de quelques mois cette célébration, qui, nous le savons, a été projetée pour la prochaine réunion de l'Association générale des Médecins du département, et à cette occasion de redire à M. Tédenat père qu'il ne compte ici que des amis respectueux qui souhaitent et espèrent le voir longtemps encore porter vertement le poids des années et jouir de l'estime confraternelle qu'il a si bien méritée. »

Des applaudissements enthousiastes saluent cette éloquente péroraison.

M. Jaumes prend alors la parole. Au nom de l'Association générale, il remercie MM. Gingibre, Rouveyrolis, de leurs paroles trop élogieuses pour ceux qui sont joyeux d'avoir été invités à cette réunion : « Nous ne nous voyons pas assez, dit M. Jaumes. Les médecins du département ne viennent qu'en petit nombre à nos assemblées annuelles, et nous, je le reconnais, nous restons trop à Montpellier. Je n'ose dire que c'est l'âge et la grandeur qui nous attachent au rivage. Non, c'est l'habitude. Les membres du Bureau ont compris, comme pourra vous le répéter notre secrétaire, M. Mossé, qu'il ne serait pas mauvais de changer et de nous déplacer un peu. Aux Associations, comme aux individus sédentaires, un petit voyage ne saurait faire que du bien. Ce n'est pas le tout cependant de décider de se mettre en route, il faut savoir où aller ? Et là commence la *difficulté. La ville de Cette nous a* paru être un point central en communication facile avec tout le département. Nous nous sommes donc mis en relation avec notre confrère M. Cathala, *notre vice-président, pour préparer si possible* notre prochaine réunion à Cette. Nous sommes allés le voir, M. Frat, notre dévoué trésorier, et moi, tout exprès dans cette intention. Nous n'avons pas encore de réponse définitive. Quand nous l'aurons reçue, nous vous la communiquerons ; mais dès maintenant, vous le voyez, nous étions tout à fait portés à la décentralisation. Nous sommes heureux et reconnaissants de l'occasion que vous nous avez si aimablement offerte, de nous trouver parmi vous et de mettre ainsi nos idées en pratique. Je ne suis que l'interprète des sentiments de mes Collègues en vous priant de recevoir ici, M. le Président et vous tous, nos sincères remerciements. »

M. Jaumes s'associe ensuite aux sentiments exprimés dans un si beau langage par M. Rouveyrolis à l'égard de M. Tédenat père, et, s'adressant à M. le secrétaire, dit : « Les paroles de M. Rouveyrolis ont facilité mon rôle. On ne se décide pas facilement à vieillir ; tous nous serions heureux d'arriver à notre cinquantenaire. Il y a cependant une certaine coquetterie pour quelques-uns à ne pas l'avouer, j'en ai fait l'expérience au sein de l'Association générale. Mais ici nous n'aurons aucune crainte, et par avance nous sommes heureux de presser la loyale main de M. Tédenat et de faire nôtres les sentiments dont M. le secrétaire vient d'être l'éloquent interprète. » — Applaudissements.

M. Tédenat père remercie l'Assemblée et adresse quelques mots aimables à ses confrères, dont l'estime lui est précieuse. — Applaudissements.

L'ordre du jour appelle alors la discussion sur la *Médecine des indigents à la campagne.*

Après une discussion générale, il est décidé en principe que la seule solution pratique du problème, sauvegardant à la fois la liberté et l'intérêt du malade, la dignité et l'intérêt du médecin, est celle qui repose sur les principes suivants :

1° Liberté pour le malade de prendre le médecin qu'il voudra, parmi ceux qui ont accepté un tarif des visites réduit spécialement pour le service des indigents.

2° Suppression de l'allocation fixe annuelle, et règlement des honoraires au prorata des visites faites.

3° Constatation du nombre des visites par la production des *feuilles de visite* détachées d'un carnet, et présentées à l'Administration chargée de solder les dépenses de la médecine des indigents.

M. Vincent demande une modification de l'article I des statuts. Cet article, relatif à la conduite que doit tenir le médecin nouvellement appelé auprès d'un malade ayant quitté son médecin ordinaire en négligeant de régler ses honoraires, donne lieu à une longue discussion. Les diverses propositions émises pour trancher cette question délicate font ressortir combien il peut être difficile de la résoudre, avec tact, dans la pratique.

Sur la proposition de M. Prunac et de quelques autres membres, on vote à l'unanimité l'article II du règlement, amendé de la façon suivante :

« Quand un malade solvable appelle un nouveau médecin sans avoir réglé les honoraires de celui qui le soignait tout d'abord, le premier médecin envoie à son successeur sa note d'honoraires sur une feuille portant au recto l'en-tête du Syndicat et au verso les articles des Statuts du Syndicat sur le règlement des honoraires. Cette note est remise à la famille du malade par le médecin traitant, qui doit prendre les intérêts de son prédécesseur comme les siens propres. »

L'ordre du jour appelle ensuite le vote pour le renouvellement du Bureau. MM. les membres du Bureau remercient leurs Collègues des marques d'estime et de confiance qu'ils leur ont données jusqu'à ce jour, mais ils croient devoir les engager à appeler à leur place de nouveaux membres, car il y aurait avantage, d'après eux, à ce que chaque sociétaire, à tour de rôle, pût être appelé à la présidence, qui serait annuelle. Cette proposition est acceptée.

Des remerciements chaleureux sont votés à M. le président Gingibre et aux membres du Bureau pour le concours utile et dévoué prêté au Syndicat, qui n'a cessé, sous leur direction, d'aller en progressant vers le but désigné.

Le vote donne le résultat suivant : Président, M. Coulet (de Saint-Pargoire) ; vice-président, M. Moustelon (de Montpeyroux) ; secrétaire-trésorier, M. Rouveyrolis.

La séance est levée à midi. On se dirige aussitôt vers l'hôtel Benezech, où un succulent banquet avait été préparé par les soins d'une Commission composée de MM. Gingibre, Rouveyrolis et Malabouche. . . . .

. . . .

Avant de se séparer, M. Mossé remercie leur excellent accueil MM. les organisateurs et les membres de la réunion, qui touche à sa fin après avoir eu, grâce au concours unanime des sociétaires, un éclat exceptionnel. Il constate le charme et l'utilité de ces fêtes confraternelles dont le souvenir reste vivace chez tous ceux qui ont eu la bonne fortune d'y assister. Au nom de ses Collègues et en son nom, il prie les membres du Syndicat de la vallée de l'Hérault de recevoir les vœux sincères que l'Association générale forme pour le succès de leur entreprise et termine en ces termes : « L'Association générale de prévoyance des Médecins de l'Hérault n'est pas précisément un syndicat, mais elle suit avec intérêt les efforts, applaudit au succès de votre œuvre, qui s'est donné la tâche utile et morale si lumineusement exposée par mon honorable collègue M. Rouveyrolis. Notre présence ici vous prouve que sur le terrain des principes nous sommes en parfaite communion d'idées avec vous. Votre présence à notre prochaine réunion générale, que vous avez bien voulu nous promettre et sur laquelle nous comptons, complétera ce que la journée d'aujourd'hui a si bien commencé. »

Après ces paroles, on échange les dernières poignées de main, et l'on se sépare, à regret, mais en se disant au revoir.

NOUVELLES

EXERCICE ILLÉGAL DE LA PHARMACIE.— La Cour d'appel de Poitiers vient de statuer sur le procès intenté au Dr Mélik, par la Société des pharmaciens de la Sarthe.

Elle a ratifié le jugement du tribunal du Mans, qui condamnait le Dr Mélik à 25 fr. d'amende, 10 fr. de dommages-intérêts et aux frais. La Société de pharmacie soutenait qu'un médecin établi dans une localité où réside un pharmacien n'avait pas le droit d'établir des dépôts de médicaments dans d'autres communes, mêmes non pourvues de pharmacies. Le Dr Mélik prétendait le contraire. La Cour de cassation et la Cour de Poitiers ont donné raison aux pharmaciens.

— L'association des médecins de la Gironde tiendra, le 25 novembre prochain, à Bordeaux, dans les nouveaux bâtiments de la Faculté de médecine (place d'Aquitaine), une assemblée générale extraordinaire, où seront examinées différentes questions d'intérêt professionnel soumises à l'étude de la Société locale de la Gironde par le Conseil général de Paris.

Cours de Mmes de Bure et Suillet, 11 bis, passage de la Visitation (Rue Paul-Louis-Courier), faubourg Saint-Germain.

Cours élémentaires, moyens, supérieurs. Ces cours ont lieu deux fois par semaine pour chaque degré du 3 novembre au 1er juillet. Cours préparatoires, enseignement par les yeux pour les enfants depuis 5 ans. Langues étrangères, Dessin. Cours de Solfège des divers degrés, une fois par semaine du 3 novembre au 1er juillet. Transposition, harmonie. Leçons particulières de piano et de chant.

Le Directeur du *Concours* recommande avec instance à nos lecteurs le cours de Mlle Suillet. Il leur sera personnellement reconnaissant s'il leur est possible d'envoyer des élèves à la fille du Dr Suillet dont nous avons annoncé, il y a deux ans, la mort prématurée.

BIBLIOGRAPHIE

De l'importance de l'hygiène dans la tuberculose. Projet d'association pour l'étude des moyens et leur application à l'extinction de la tuberculose, par le Dr Hippocrate CALLIAS, lauréat de la Faculté et de l'Académie de médecine de Paris. — G. Steinheil, éditeur, 1888.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise).— Imp. DAIX frères, place St-André, 3.
Maison spéciale pour journaux et revues.

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

DES

MEMBRES DE LA SOCIÉTÉ DU « CONCOURS MÉDICAL »

ET DE L'UNION DES SYNDICATS

Du 4 Novembre 1888

L'Assemblée générale des Délégués de l'Union des Syndicats et la Réunion annuelle des membres de la Société du Concours Médical ont eu lieu le dimanche 4 novembre dans les salons du Grand-Hôtel, boulevard des Capucines, à 2 heures de l'après-midi.

Les deux séances se sont tenues successivement et ont été suivies comme d'ordinaire d'un banquet.

Nos lecteurs pourront voir, par les comptes rendus, que les assemblées de cette année ont été fort intéressantes et par l'importance des questions traitées et par les solutions qui ont été prises pour plusieurs d'entre elles.

PREMIÈRE SÉANCE

Assemblée générale des Délégués de l'Union des Syndicats.

Elle a été inaugurée par M. le Docteur Cézilly, Vice-Président de l'Union des Syndicats, assisté de MM. Dulaurier et Gibert.

L'assemblée désigne comme assesseurs MM. Leroy, Lardier, Chaumier.

M. Chastenet, avocat à la Cour d'appel, docteur en droit, Conseil judiciaire de l'Union, prend place au bureau.

M. *le Vice-Président*. — Messieurs et chers confrères, notre Président, M. le Dr Dupuy, empêché de venir à la réunion, m'a écrit la lettre suivante :

Mon cher confrère,

Le 4 novembre doit avoir lieu, dans mon département, l'inauguration d'une ligne de chemin de fer, et je ne puis me dispenser d'assister à la fête. Sauf avis contraire, ne comptez donc pas sur moi pour la réunion de l'Assemblée générale.

Je me suis occupé de la question que soulève le mode de nomination des médecins des hôpitaux de province et j'ai acquis la conviction que ce n'est qu'à l'occasion d'une loi sur l'assistance publique que l'on pourra utilement en saisir le Parlement.

Quant à la question des médecins militaires et de la concurrence que, dans certaines villes, ils font aux médecins civils, j'ai appris que les abus dont se plaignent avec raison nos confrères ne pourraient sans inconvénient donner lieu à des mesures d'un caractère général. On m'a cité des localités, petites, où la population serait privée de soins médicaux éclairés si le médecin militaire venait à les refuser. Dans certaines villes, aussi, les malades pauvres ne peuvent recevoir des visites et des conseils que des médecins militaires. J'ajoute enfin qu'il y a un incontestable intérêt public à ce que les médecins des régiments puissent, par une pratique de chaque jour, conserver ou étendre leurs connaissances professionnelles.

Ces observations s'appliquent aux médecins de la marine plus encore qu'aux médecins de l'armée.

Je pense donc que le meilleur moyen de remédier aux abus serait de les signaler isolément à M. le Ministre de la Guerre et de charger de ce soin MM. les présidents des Syndicats médicaux.

Veuillez agréer, mon cher confrère, l'assurance de mes sentiments les plus dévoués,

Dr Dupuy.

M. *Cézilly*. — En l'absence de notre président, il m'incombe de faire procéder, et dès le début de la séance, au renouvellement du bureau pour l'année présente. Les statuts portent que chaque année le bureau sera renouvelé au scrutin secret ; nous allons donc procéder au vote.

Le président donne lecture de l'article des statuts sur la nomination du bureau. L'assemblée décide de voter au scrutin de liste. En voici le résultat :

Président : M. Leroy.
Vice-Président : M. Cézilly.
Assesseurs : MM. Millet, Destrem.
Secrétaire-Trésorier : M. Barat-Dulaurier.

M. Leroy, élu président, est invité à prendre place au fauteuil.

Discours de M. Leroy.

Messieurs et chers confrères,

Ce n'est pas l'occasion de faire des discours, nous n'avons pas de temps à perdre ; il faut nous occuper des questions d'intérêt professionnel qui nous réunissent.

Néanmoins, il est impossible que je ne vous adresse pas quelques mots de remerciements. C'est un homme dans une situation des plus modestes que vous venez d'élire et ce vote est important, car il indique que le simple médecin de campagne, aussi bien que celui qui occupe la situation la plus élevée, peut être chargé de la direction de la Société.

Malheureusement on rencontre chez beaucoup de nos confrères de la froideur et de l'insouciance, et il est du devoir de chacun de nous de faire tous ses efforts pour grouper autour de lui les médecins qui l'entourent, de manière à former des Sociétés qui étudieraient les questions de solidarité et l'organisation de l'Assistance publique dans les campagnes, où les communes préfèrent laisser le soin des indigents à la charge des médecins. (Applaudissements.)

M. *Barat-Dulaurier*, secrétaire de l'Union, donne lecture du rapport annuel.

Faute d'espace, nous donnerons seulement dans notre prochain numéro le rapport; nous en extrayons toutefois le passage relatif à la SITUATION FINANCIÈRE *de l'Union des Syndicats.*

..... « Il me reste à vous faire connaître notre situation financière. Toutes les prévisions que nous avions émises lors de notre dernière réunion ne s'étant pas réalisées, il importe de rectifier quelques-uns des chiffres que nous avions fait connaître alors. Les cotisations que nous avions espéré devoir rentrer ne sont pas venues et nos recettes pour 1886-87 sont restées telles qu'elles étaient au 1er novembre,

soit..................................fr.	1.146 00
qui, ajoutés aux 1.479 en caisse........	1.479 00
portaient notre avoir à..................	2.625 00
Sur lesquels nous avions à payer les dépenses de l'exercice 1886-1887, soit, ainsi que le constate le compte rendu de la dernière assemblée.....................	1.401 00
Nous restions donc en possession de la somme de............................	1.213 90
Depuis cette époque, nous avons reçu : Cotisations, dons du Concours, abonnements.	856 00
Ce qui porte notre avoir à.....	2.069 90
Nos dépenses au courant de l'exercice 1887-88, pour frais de réunion, rédaction et service du bulletin, jetons de présence, circulaires, déplacements, se sont élevés à	1.103 25
Il nous reste donc disponible à ce jour	966 65
Mais nous n'avons pas encore encaissé le produit des annonces du Bulletin, qui s'élève actuellement à..................	171 30
Portant ainsi notre fonds de réserve à	1.137 95

Somme qui restera à la disposition du Bureau de l'Union.

Ce chiffre est bien inférieur à celui que nous devrions vous présenter ; cela tient à ce qu'un trop grand nombre de trésoriers ne nous ont pas fait parvenir les cotisations de 1887 et 1888. La circulaire que nous avons récemment adressée n'a pas trouvé tout l'écho que nous en attendions. Néanmoins, nous savons pertinemment que beaucoup de syndicats entendent bien continuer à effectuer les versements à l'Union et nous nous proposons, si vous voulez bien nous donner votre approbation, d'insister de nouveau pour faire rentrer, le plus tôt possible, les sommes dont le recouvrement n'a pas encore été effectué. » (Applaudissements).

M. *le Président.* — Aux termes du règlement, je devrais mettre aux voix le rapport de M. Dulaurier; mais je crois qu'au lieu de l'approuver, il est plus juste de lui adresser nos remerciements et nos félicitations non seulement pour son rapport, mais pour le zèle qu'il apporte dans ses fonctions de secrétaire-trésorier. On peut dire de lui qu'il a été la cheville ouvrière de notre association qui, sans lui, aurait eu beaucoup de mal à vivre. (Applaudissements.)

M. *Dulaurier.* — Messieurs, je vais vous faire une demande : les statuts de l'*Union* se trouvent dans le nº du 31 juin 1885 du *Concours médical* ; un certain nombre de syndicats ne les possèdent pas. Je vous propose de les faire reproduire dans le prochain Bulletin. (Adopté.)

M. *Dulaurier.* — Il arrive qu'un certain nombre de Syndicats ne font pas connaître les modifications introduites dans la composition de leurs bureaux; à qui s'adresser ?

Il est regrettable que les Syndicats ne se tiennent pas assez en rapports avec le bureau de l'Union; on ne pourrait qu'y gagner, puisque cela leur permettrait d'être en communion d'idées constante avec l'Union des Syndicats que nous avons l'honneur de représenter.

Le Président. — Nous allons passer à la discussion des questions à l'ordre du jour.

1º Ministère ou Direction de la Santé publique.

M. *Cézilly.* — A ce propos, Messieurs, je crois pouvoir subordonner d'une façon absolue la question des vues à émettre au sujet de la Direction de la santé publique à celle de l'Organisation générale de l'assistance publique. Il faut que les médecins sachent à qui s'adresser, il faut que les médecins sachent s'ils doivent recourir au ministère du commerce ou de l'intérieur qui paraissent se disputer ce rôle.

M. *Lasalle.* — Cette question est étudiée en ce moment par les Associations locales; il y a une commission dans la Gironde qui en est chargée. Il faut d'abord définir. J'ai reçu ce matin une brochure du Dr Armaingaud, de Bordeaux, sur un projet d'organisation de médecine publique ; j'ai déjà fait connaître ce que je pense de ce projet d'organisation, il s'agit d'une direction de la santé publique qui existe déjà, mais incomplète. (Exclamations). Il y a au ministère de l'intérieur un chef de division chargé de s'occuper d'une manière générale des choses qui intéressent la santé publique.

M. *Gibert.* — C'est une erreur.

Diverses voix. — Il existe une direction de l'Assistance publique.

M. *Lasalle.* — Peu importe.

M. *Gibert.* — Il ne faut pas dire peu importe ; il y a quarante ans que cette direction de l'Assistance publique existe, elle a été établie de la façon suivante : En 1848, le seul ministre républicain qui se soit occupé de la santé publique, et de l'organisation de l'hygiène en France est M. Thouret.....

M. Gibert entre dans des explications relatives à l'organisation de l'assistance publique et de l'hygiène en France et dit en substance :

Tous les comités ont été créés à titre consultatif seulement, on leur a donné non pas la vie, mais la mort; en Allemagne, en Angleterre, on s'est emparé de cette idée et on a donné la vie à ces comités en leur permettant d'avoir une initiative. En France, au contraire, l'hygiène publique a été mort-née et

aujourd'hui je puis dire, et pas un seul de vous me contredira : on supprimerait tous les conseils d'hygiène, tous les médecins des épidémies, qu'il n'y aurait pas un seul décès de plus, excepté toutefois en temps de choléra. Le choléra est le bienfaiteur de la France, parce que sans lui nous ne pouvons rien faire... (Rires).

La dotation pour la santé des animaux dans la Seine-Inférieure est de 75,000 francs par an ; pour l'hygiène publique elle est de 1,200 francs : ce qui fait 1/8 de centime par an et par habitant. Par conséquent, de ces exemples, qu'on pourrait multiplier à l'infini, il résulte ceci, c'est que, tant que la santé publique dépendra du ministère du commerce, nous n'aurons rien ; nous boirons tous dans un verre vide ; quand elle sera au ministère de l'Intérieur, les préfets, se sentant soutenus par leur ministre, pourront demander aux Conseils généraux un budget de l'assistance publique. Il est inutile d'insister davantage pour prouver que nous avons un intérêt considérable à ce que la direction de la santé ressortisse au ministère de l'Intérieur et nous devons émettre un vœu dans ce sens. (Applaudissements.)

M. *Lasalle.* — Je me félicite de mon intervention qui a provoqué cette dissertation si intéressante de M. Gibert. Mais permettez-moi de trouver sa conclusion incomplète. Il existe au ministère de l'Intérieur une direction l'Assistance publique, et nous avons demandé qu'à cette direction insuffisante vienne se grouper tout ce qui se rattache au ministère du commerce ; il n'est pas nécessaire de faire ressortir les défectuosités du régime actuel. Depuis longtemps on a réclamé ce que nous demandons maintenant. M. Armaingaud, propagateur des hôpitaux maritimes en 1881, demandait tout ce que vous demandez; mais il déclare qu'il faut faire autre chose que de demander, il faut faire de l'agitation et il a obtenu la création de nos sanatoriums en faisant une propagande très active dans le grand public. Il faut faire de l'agitation pour que les principes d'hygiène soient vulgarisés de façon à diminuer la mortalité par épidémies et maladies contagieuses. Nous sommes très inférieurs à l'Angleterre, à l'Italie et à la Belgique et, si la statistique de mortalité est diminuée dans ces pays, c'est parce que l'on a appliqué des idées émises en France depuis 1872.

Le Président met aux voix le vœu de M. Gibert :

« *Tous les syndicats sont invités à discuter la question de l'organisation de l'hygiène publique en France dès leur première réunion et à faire de l'agitation autour de cette question.* »

Ce vœu est adopté à l'unanimité.

Assistance médicale dans les campagnes.

Le Président. — Cette question a été discutée l'an dernier, une commission a été nommée et a voté des conclusions.

De plus, elle est à l'ordre du jour de tous les Syndicats des départements. A-t-elle fait depuis l'année dernière quelques progrès qui méritent qu'on la remette en discussion ?

M. *Gauthier, de Magny-en-Vexin.* — Il n'y a pas de loi de l'assistance publique, nous ne pouvons pas obliger les communes à faire les budgets d'indigents ; devant ce mauvais vouloir, il est presque impossible d'organiser quelque chose de sérieux ; en Seine-et-Oise, un grand nombre de communes ont répondu par une fin de non recevoir absolue. Donc il faut montrer les dents, sinon on se moquera de nous ; il ne faut pas avoir peur d'engager la lutte avec les conseils municipaux et les maires ; quand un maire vous dit qu'il ne veut rien faire, il faut répondre que vous ne soignerez plus les malades indigents.

Le Président. — Alors c'est la grève ?

M. *Gauthier.* — Parfaitement. (Mouvement dans l'assemblée.)

Le Président. — Je croyais me conformer à l'opinion générale en disant que, cette question ayant été discutée longuement l'année dernière, il suffirait de s'en tenir à un seul principe : *obligation pour les communes de s'occuper de leurs pauvres.* Voulez-vous qu'on vote le principe ?

M. *Lasalle.* — Ceci s'applique aux communes qui n'ont pas de budget pour leurs indigents, c'est le petit nombre. (Protestation. Plusieurs voix : « C'est le grand nombre ! »)

M. *Lasalle.* — Dans notre canton, 17 communes sur 18 sont organisées ainsi.

M. *Gibert.* — Il y a 36,000 communes en France, et il y en a 11,000 seulement qui se sont intéressées à ce service de l'Assistance publique.

M. *Lasalle.* — Il importe d'établir dans ces communes une règle de conduite entre les confrères qui veulent se charger de ce service.

Une voix. — C'est une affaire locale.

M. *Gibert.* — Voter l'obligation est une jolie chose ; mais, en pratique, il y a des difficultés telles qu'elles sont insolubles ; il y a des communes en France, et elles se chiffrent par milliers, qui sont tellement pauvres qu'il leur est absolument impossible d'avoir un budget pour l'Assistance publique. Par conséquent, voter l'obligation pour les communes ne signifierait absolument rien. La grosse affaire, c'est que le projet de loi de M. Floquet sur les syndicats de communes soit voté. Sinon, votre loi serait une loi mort-née. Quand vous avez, par exemple, dans un canton des communes de 150 à 300 habitants qui ne peuvent pas payer leurs impôts, comment voulez-vous qu'elles puissent payer l'assistance publique ? Avec le système Floquet, on peut avoir de petits hôpitaux de village ou des dispensaires, voilà pourquoi l'obligation ne pourra pas être introduite d'une façon complète ; il faut étudier chaque département ; il y en a où l'on peut voyager pendant 20 kilomètres sans trouver la possibilité de secourir un indigent.

Le Président. — Nous allons mettre aux voix le projet de vœu suivant : *L'Union des Syndicats émet le vœu que les pauvres soient secourus par les communes, en ajoutant que les communes pauvres peuvent se syndiquer.*

M. *Lasalle.* — Dans les communes où le service est organisé, il faudrait trouver une formule qui permît aux confrères de s'entendre.

M. *le Président.* — Cette question serait extrêmement importante à discuter ; mais je suis obligé de tenir compte de l'heure, voilà ce qui me fait hâter un peu la discussion. Si toutefois vous croyez que celle-ci doive être entamée aujourd'hui....

Divers. — Non, non.

Le Président consulte l'assemblée pour savoir si on doit continuer la discussion sur la question soulevée par M. Lassalle.

L'assemblée décide de passer à l'ordre du jour.

M. *Chaumier* donne lecture d'un rapport sur l'Organisation de l'Assistance médicale en Indre-et-Loire. (Sera publié dans le numéro suivant).

M. *le Président.* — Nous demandons donc *qu'une*

loi oblige les communes à payer l'assistance publique, et, si elles ne le peuvent pas, qu'elles aient le droit de se syndiquer.

Le vœu présenté par le Président est adopté par l'Assemblée.

Association mutuelle en cas de maladie.

M. *Lécuyer*. — Messieurs et chers confrères, dans un rapport très bien fait, le 27 avril 1887, mon ami le Dr Ancelet, président du Syndicat d'Aisne et Vesle passait en revue les différentes œuvres de secours pour le corps médical, tant en France que dans les pays étrangers.

Aucune organisation ne lui semblait immédiatement applicable en France, surtout dans des conditions modestes.

Il proposait alors :

1° De faire disparaître toutes les catégories d'âge, etc.

2° De fixer l'indemnité quotidienne d'une façon uniforme à 10 francs, ce qui paraît un chiffre acceptable ;

3° De limiter à 3 mois, la période pendant laquelle on y aura droit ; cette durée semblant suffisante pour les cas les plus graves d'incapacité temporaire professionnelle ;

4° De laisser en dehors de l'assurance les cas qui n'entraînent pas une incapacité de travail de plus de 15 jours, cette incapacité n'atteignant pas d'une façon sérieuse la situation du médecin.

Il n'était pas d'avis non plus de cotisations considérables, de la création d'un fond de réserves ne donnant des résultats qu'à longues échéances. « Je reconnais volontiers, nous disait-il avec raison, que l'esprit français, peu familier encore avec le fonctionnement des assurances, se laisse difficilement entraîner ; que sceptique par nature, il veut voir, toucher des résultats immédiats ; que, peu soucieux d'un danger lointain problématique, il est peu disposé à faire, pour y parer, de gros sacrifices ; que les lui demander, c'est courir à un échec certain.»

C'est pourquoi il priait le Syndicat de se rallier en principe à la formule suivante : *Demander peu, donner quelque chose dès maintenant, donner plus tard beaucoup plus.*

Ce travail fut renvoyé à l'examen de la chambre Syndicale et après des lectures en séance générale, la caisse d'assistance était viable.

Nous savons, par des chiffres certains, que la moyenne des jours de maladie dans les sociétés de secours mutuels est de 5 par membre et par an ; d'où, si nous voulons donner 10 fr. par jour, il faudrait 50 fr. de cotisations annuelles.

Mais ces sociétés ont des frais de gestion, de médecins et de pharmaciens à payer ; il paraît donc qu'avec 48 fr. par an, soit 4 fr. par mois (et quel médecin ne peut distraire cette minime somme de ses dépenses mensuelles ?), le Syndicat peut parer à toute éventualité.

D'un autre côté nous ne donnons l'indemnité que pour les maladies durant plus de 15 jours, les maladies de courte durée ne pouvant changer en rien la position médicale du malade.

Il a été décidé aussi que, pour qu'il n'y ait aucune espèce d'aléa, pour que la caisse ne se trouve jamais en déficit, le bureau pourrait avancer certaines sommes aux confrères malades jusqu'à concurrence de la moitié de ce qui leur serait dû, et qu'à la fin de l'année seulement, il leur serait donné le complément ; en cas de nombreux malades (ce qui est exceptionnel), le bureau distribuerait les sommes disponibles au prorata des jours de maladie de chacun.

Voici le projet bien étudié que je soumets à mes confrères de l'Union des Syndicats. (Ce projet, que nous avons déjà publié, sera réimprimé dans le prochain Bulletin des Syndicats.)

.... Mes chers confrères, nous sommes 13 médecins groupés à cette assurance mutuelle et du 1er octobre 1887 au 1er octobre 1888, nous avons pu placer à la caisse d'épargne une somme de 816 fr.

Nous n'avons pas eu de malades, le second exercice s'annonce donc bien.

Nous avons depuis peu de jours un de nos confrères assurés qui est tombé malade. C'est lui qui profitera le premier de cette œuvre de bienfaisance ; elle a une supériorité sur beaucoup d'autres : c'est que l'indemnité journalière en cas de maladie est touchée en vertu d'un droit.

Je recommande vivement l'organisation du Syndicat d'Aisne-et-Vesle à mes confrères, persuadé que c'est un pas de plus fait dans la voie féconde de la solidarité et de l'harmonie confraternelle.

M. *Outin*. — J'avais été chargé de faire une étude sur l'association médicale pour secours à donner en cas de maladie ; nous avions envoyé des circulaires à tous les membres du *Concours* pour leur demander leur avis : nous avons reçu très peu de réponses. Cela veut-il dire que les médecins ne veulent pas s'assurer, je laisse cela à votre appréciation.

Il y a à Paris une société qui fonctionne très bien jusqu'à présent ; le principe est des plus simples : on donne 10 francs par mois et on touche 10 francs par jour de maladie.

M. *le Président*. — Il y aurait à créer une agitation sur ce sujet ; je demanderai à M. Cézilly si avec le *Concours* on ne pourrait pas arriver à étudier cette question ; on pourrait nommer une commission qui apporterait des conclusions pour l'année prochaine.

M. *Outin*.— Une compagnie d'assurances contre la maladie existe à Paris ; la marche en est aussi simple que celle de la société Lagoguey, elle demande 33 francs par an, moyennant quoi elle donne 5 francs par jour de maladie.

M. Outin entre dans quelques détails qu'il est inutile de reproduire. La conclusion en est qu'il faut se défier.

Le Président.— Il y a deux questions : les sociétés de secours mutuels entre médecins et les sociétés qui viennent trouver les médecins.

Les premières je les trouve plus pratiques.

M. *Cézilly*. — Ceci va constituer l'élément essentiel de la séance qui va suivre ; si vous le voulez bien, nous allons remettre cette discussion à la séance du Concours. (Assentiment général.)

Formation d'un fonds de réserve entre les membres des Syndicats, en vue de secours à délivrer aux veuves et aux orphelins des médecins.

M. *Lécuyer*. — Mes chers confrères, notre époque, qu'il est de bon genre dans certains milieux de dénigrer, pourra porter, je crois, plus tard, dans l'histoire, le titre de : siècle de la charité.

En ce moment même, il y a pour ainsi dire un réveil de la bonne confraternité dans le corps médical, et il ne me coûte nullement de dire qu'il est dû en grande partie à l'honorable Dr Cézilly.

Vous connaissez tous l'histoire de notre confrère décédé à l'hôpital de la Charité après avoir subi une amputation de la cuisse, après une maladie de 4 années.

DE L'IODE EN COMBINAISON VÉGÉTALE

VIN IODOTANÉ NOURRY

L'importance thérapeutique d'une combinaison de l'Iode avec un principe végétal qui facilite son absorption est reconnue depuis longtemps ; de cette manière il est possible de neutraliser ses propriétés caustiques, et d'utiliser son affinité spéciale pour les substances protéiques ou amylacées.

On connait les tentatives faites à diverses époques pour obtenir un produit pharmaceutique réalisant ces indications ; mais, sans vouloir diminuer en rien les services que les médicaments proposés ont pu rendre, nous pouvons affirmer qu'aucun deux n'est sans défaut et que la question d'une combinaison végétale de l'iode pour une application médicale, n'a pas encore été résolue pratiquement. Tantôt, en effet, la préparation est d'une grande difficulté, tantôt la quantité d'iode combinée est très faible, tantôt enfin l'altération du produit obtenu survient rapidement. Ajoutons à cela le goût désagréable ou répugnant de la plupart de ces médicaments, et l'on comprendra pourquoi ils n'ont guère été employés.

Nous croyons être arrivé à éviter tous ces inconvénients et le Vin Iodotané Nourry que nous présentons au Corps Médical se recommande par la fixité et la forte proportion de sa teneur en Iode, par l'inaltérable limpidité de sa couleur et la qualité parfaite de sa saveur.

A base de Malaga, il contient par cuillerée à soupe : *cinq centigrammes d'Iode*, combinés à *dix centigrammes de Tanin* ; ou, par litre : *3 gr. 30 du premier* pour *6 gr. 60 du second*. C'est la préparation pharmaceutique de beaucoup la plus riche en *Iode* à l'état de combinaison organique qui ait été réalisée jusqu'alors.

En effet, si nous comparons entre eux les différents produits qui renferment de l'Iode, soit à l'état naturel, soit par suite de préparation, nous verrons que :

Une cuillerée à soupe de :

		Iode.
Huile de Foies Frais de Morue	*Contient*	0 gr. 006
Sirop de Raifort Iodé du Codex	»	0 » 020
Vin Iodotané Nourry.........	»	0 » 050

Il n'est pas sans intérêt de rappeler que l'Iode en combinaison organique est assimilé en entier, tandis qu'il est loin d'en être ainsi pour les Iodures alcalins. Des analyses très exactes ont démontré manifestement que pour l'Iodure de Potassium, par exemple, les neuf dixièmes étaient éliminés par les urines sans être décomposés, très peu de temps après l'ingestion. En tenant compte de ces faits, une cuillerée à soupe de Vin Iodotané Nourry équivaut donc, au point de vue physiologique à soixante-quinze centigrammes d'Iodure de Potassium ; 0 gr. 75 d'Iodure de Potassium étant composés de :

Iode........................	0 gr. 49
Potassium..................	0 gr. 26

La composition de notre Vin peut d'ailleurs être vérifiée facilement en le soumettant aux essais suivants :

1° *Tanin.*— Si, dans un tube à essai, on verse une petite quantité, à volumes égaux, de Vin Iodotané Nourry et de Perchlorure de Fer liquide bien neutre, à l'instant, le mélange prend une couleur noire due à la *formation de Tannate de* Fer (Encre).

2° *Iode.* — Si, à présent, on chauffe avec précaution jusqu'à ébullition ce mélange noir, l'Iode se dégage et ses vapeurs violettes apparaissent dans la partie vide du tube.— Un morceau de papier enduit d'empois d'amidon, ou simplement une tranche de pain frais exposée au dessus de l'orifice du tube que l'on continue à chauffer, prend de suite une coloration bleue foncée due à la formation d'Iodure d'Amidon.

3° *Il ne contient pas d'Iode libre.* S'il en contenait, la poudre d'amidon, ou même la mie de pain, se colorerait immédiatement en bleu au contact du Vin, ce qui n'arrive pas. D'autre part l'*Iode est très assimilable*, car si cette expérience est faite en présence de l'Acide Chlorhydrique, par exemple, la coloration bleue se manifeste rapidement.

Malgré cette forte proportion d'Iode, et à cause sans doute de l'influence propre au Tanin, la tolérance de l'estomac par rapport à notre préparation est absolue : aussi n'a-t-on à redouter ni les éructations pénibles suivies de dégoût, ni larmoiement, coryza, irritation de la gorge, ou les maux de tête occasionnés par les préparations Iodées antérieures, et en général par celles qui con-

tiennent de l'Iodure de Potassium. Les enfants, même les plus jeunes, supportent sans aucun inconvénient le Vin Nourry en quantité naturellement variable suivant leur âge.

Les indications thérapeutiques du Vin Iodotané, quoique variées, sont bien déterminées. C'est un résolutif rapide des glandes, un tonique efficace, un modificateur des sécrétions muqueuses autant qu'un emménagogue sûr. Son emploi est donc indiqué dans les affections suivantes :

Lymphatisme à tous ses degrés,— Goître,— Scrofule dans toutes ses manifestations,— Manque d'appétit, Atonie digestive, Convalescence,— Anémie, Chlorose, Menstruation difficile ou irrégulière.— Maladies de la peau qu'elle qu'en soit l'origine,— Rhumatismes,— Affections des voies respiratoires : Emphysème pulmonaire, Asthme, Catharre, Bronchite simple, chronique ou spécifique.

Il peut, par conséquent, être conseillé au lieu de l'Huile de Foie de Morue, des Sirops Antiscorbutique et de Raifort iodé, du Vin de Quinquina et des diverses préparations Iodées ou Iodurées, aux doses moyennes suivantes :

Adultes : une cuillerée à soupe.
Adolescents : une cuillerée à dessert.
Enfants : 1 ou 2 cuillerées à café.

A prendre au commencement ou dans le courant des repas principaux.

Nous recommandons, pour éviter l'altération de goût pouvant se produire au contact d'un métal, de verser le Vin dans un verre à liqueur, après avoir mesuré, un fois pour toutes, le volume occupé, par des cuillerées d'eau.

L'expérience clinique de chaque jour répond avec certitude aux anciennes imputations qu'on élevait contre l'usage continué de l'Iode. Non seulement le Vin Iodotané ne fait pas maigrir les malades, mais il stimule la nutrition interstitielle; il provoque l'établissement et la régularité des époques chez les jeunes filles anémiques ou scrofuleuses, qu'il amène au bout de peu de temps à la nubilité.

Cette action suit de près son emploi, et telle est la rapidité avec laquelle toutes les fonctions vitales sont excitées, que ce médicament est certainement le spécifique par excellence de la chlorose qui, tous les Médecins le savent, est rarement guérie par les préparations ferrugineuses.

L'indication du Vin Nourry dans la convalescence des maladies graves, telles que la fièvre typhoïde, est précise, ainsi que dans tous les cas où les fonctions de l'estomac, comme dans la phtisie, la dyspepsie, ont besoin d'être ranimées. L'évidence des résultats, secondée d'ailleurs par le goût agréable du remède, décide les malades les moins dociles et les plus délicats, à poursuivre leur traitement avec ponctualité.

En ce qui concerne la médecine des enfants, nous sommes heureux de faire connaître l'appréciation de M. le Dr Gibert, membre correspondant de l'Académie de Médecine, le fondateur en France des dispensaires pour enfants malades.

Havre, le 23 *Janvier* 1888.

Mon cher Monsieur Nourry,

Je vous confirme l'opinion que je vous ai déjà exprimée sur le Vin Iodotané que vous préparez et que vous avez mis à la disposition des enfants qui viennent se faire soigner au Dispensaire de la rue de Saint-Quentin.

Habitué depuis bien longtemps par mon maître, M. Gustave MONOD, à considérer l'union de l'Iode et du Tanin comme une des plus certaines ressources de la thérapeutique, je n'ai jamais encore eu entre les mains une préparation parfaite comme la vôtre.

Votre vin, toujours identique à lui-même, titré d'une manière uniforme en Iode et Tanin, est appelé à remplacer l'Huile de Foie de Morue dans la plupart des maladies de l'enfance où elle est employée.

Enfin, mérite appréciable, les enfants le prennent avec plaisir et le supportent parfaitement.

Dr GIBERT.

SIROP IODOTANÉ NOURRY

L'usage de toute espèce de vin étant quelquefois contre indiqué, nous avons été amené à préparer un Sirop Iodotané Nourry, dosé exactement comme le Vin Nourry, et présentant les mêmes réactions chimiques. Aromatisé à la Grenadine, il n'a pas de saveur médicamenteuse prononcée. Il est très bien supporté par l'estomac et s'emploie dans les mêmes cas et aux mêmes doses que le Vin Iodotané.

ÉLIXIR BI-IODÉ NOURRY

à l'Iodo-Tannate d'Hydrargyre et au Malaga

« *L'intolérance qui se produit souvent au bout de peu de temps, lors de l'administration des préparations mercurielles par la voie stomacale, m'a conduit à rechercher s'il ne serait pas possible, ainsi que j'ai pu le faire pour l'emploi à dose élevée de l'Iode combiné au Tanin d'obtenir des résultats de tolérance en réalisant une combinaison correspondant en quelque sorte à l'Iodhydrargyrate de Potassium.*

« *Les recherches que j'ai entreprises ont donné un résultat nettement affirmé et, circonstance de hasard heureux, le composé d'Iodo-Tannate d'Hydrargyre que j'ai obtenu possède ce caractère tout spécial d'être soluble et de n'avoir pas néanmoins de saveur métallique appréciable.* »

(In *Bulletin général de thérapeutique* du 30 avril 1888.)

L'Elixir Bi-Iodé Nourry a l'apparence d'un vin de liqueur dont les propriétés n'ont été nullement modifiées.

Il conserve, en effet, la couleur et l'odeur du vin de Malaga qui a servi à le préparer. Son goût vineux normal, sans saveur métallique appréciable, ne permet guère d'en soupçonner la composition. Cependant, dosé d'après les proportions observées pour les sirops de même base, il contient comme eux, par vingt-cinq grammes en poids ou par verre à liqueur en volume (soit deux cuillerées à soupe), l'équivalent de un centigr. de Bi Iodure combiné à l'état d'Iodo-Tannate d'Hydrargyre. Cette forme chimique, découverte par nous, possède le caractère, unique dans cette médication, d'être soluble sans saveur accusée ; elle est, de plus, très bien tolérée et très facilement assimilée.

Destiné surtout aux adultes, il s'emploie à la dose suivante : un demi-verre à liqueur (cuillerée à soupe) au commencement des deux principaux repas.

Au lieu de fatiguer les organes digestifs comme les préparations employées jusqu'alors, l'Elixir Bi-Iodé stimule l'appétit et active la digestion. L'effet débilitant des maladies constitutionnelles se trouve ainsi enrayé avec succès, et le médicament exerce d'autant mieux son action spécifique sur le principe morbide que le bon fonctionnement de l'estomac en détermine la complète et facile assimilation.

Obs. I. — G. Cl. 32 ans, entré à Cochin le 29 octobre 1887, dans le service de M. le Dr Dujardin-Beaumetz, salle Woillez, n° 9. — Syphilis remontant à décembre 1882. Accidents, chancre et adénite. Après six mois de soins chez lui, cessa tout traitement.

En 1884, est entré à l'hôpital Laennec, affecté de paralysie des membres supérieurs. Il y séjourne un an et reprend ses occupations. Sa santé reste bonne pendant une année encore, quand les membres inférieurs sont paralysés à leur tour. Nouvelle entrée à Laennec d'où il sort après quatre mois avec une amélioration satisfaisante, mais ne lui permettant pas un travail suivi. Il se retire alors dans sa famille (Eure-et-Loir) et ne revient à Paris que dans les premiers mois de 1887.

Atteint de paralysie générale, il est apporté à l'hôpital Cochin à la date du 29 octobre. Traitement au sirop de Gibert. 2 cuillerées à soupe par jour, qu'il ne peut bientôt plus supporter.

20 novembre, institution du traitement à l'Iodo-Tannate d'Hydrargyre (Elixir Bi-Iodé Nourry) : deux cuillerées à soupe par jour.

30 novembre. — L'appétit revient, l'amaigrissement s'arrête, et il peut commencer à marcher dans la salle avec des béquilles.

Obs. II. — Mlle R. M., 39 ans, même service, salle Barthe, n° 18.

Entrée à l'hôpital le 25 octobre 1887, est atteinte du diabète depuis deux ans : glucose 60 gr. par litre, volume d'urine émise dans les 24 heures : 4 litres 1/2.

Pendant son séjour à l'hôpital, une syphilide de la face se déclare sur la joue droite et occupe bientôt la surface d'une pièce de deux francs, depuis la pommette jusqu'à la paupière. Pressée de questions, elle avoue avoir eu la syphilis, il y a environ dix ans.

28 novembre. — Traitement à l'Elixir Bi-Iodé : Deux cuillerées à soupe par jour.

18 décembre. — La syphilide a complètement disparu. L'état diabétique est resté le même et la malade n'a éprouvé, à aucun moment, des douleurs de reins particulières.

Ces préparations ont été approuvées ou expérimentées à Paris par :

M. le Dr Dujardin-Beaumetz, Hôpital Cochin.
M. le Dr Henri Huchard, Hôpital Bichat.
M. le Professeur Potain et M. le Dr Féréol, Hôpital de la Charité.
M. le Dr Mauriac, Hôpital du Midi.
M. le Dr de Saint-Germain et M. le Dr J. Simon, Hôpital des Enfants-Malades.
M. le Dr Millard, Hôpital Beaujon.
M. le Dr Sevestre, Hôpital des Enfants-Assistés.
M. le Dr Moizard, Hôpital Tenon.

M. le Dr Moncorvo, Professeur à la Polyclinique de Rio de Janeiro.

« *Le Vin Iodotané Nourry, ainsi que le Sirop, sont des préparations très riches en Iode,* « *et je m'en sers avec profit.* »

(In *De l'asthme dans l'enfance*, page 105, O. Berthier, éditeur, Paris, 1888).

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères, place Saint-André, 3.

Vous savez qu'il a laissé une veuve et un fils de huit ans et qu'un ami a été obligé de payer ses funérailles.

Le fait était navrant.

Sur la proposition de notre confrère Lefèvre, le *Concours médical* pria tous les membres de cette Société d'envoyer 1 franc à la veuve.

Quelques confrères ont certainement eu l'intention d'envoyer un franc ; mais remettant l'affaire au lendemain, ils ont fini par l'oublier.

Cependant la souscription a réussi, et avec celle de la *Gazette des hôpitaux*, on a pu tirer de la misère cette veuve infortunée d'un confrère.

Mais pareil cas peut se présenter encore.

Si la souscription était malheureusement à recommencer pour une autre veuve, pour d'autres orphelins, réussirait-elle aussi bien ? Ne se lasserait-on pas ?

Je sais bien que dans notre profession, pareille misère ne se rencontre pas souvent ; mais ne serait-il pas bon que l'Union des Syndicats prît en mains cette question si intéressante et eût un fonds de réserve exclusivement réservé à ces grandes infortunes ?

Tout le monde comprend ce que quelques billets de mille francs peuvent faire de bien à des malheureux n'ayant plus un sou. Ils permettent d'avoir le temps de se retourner et de chercher à gagner sa vie.

Toutes ces idées m'étaient venues à la lecture des appels du *Concours*, et à la séance du 26 juin, je proposais de prendre sur la caisse du Syndicat 20 francs, au lieu de laisser à l'initiative des 20 membres de notre association le soin d'envoyer le franc demandé à la veuve de notre confrère et d'envoyer cette somme au nom du Syndicat.

Cette motion fut adoptée à l'unanimité.

A la séance du 30 octobre dernier, je fis part au Syndicat de mon intention de faire la proposition suivante à la réunion de l'Union des Syndicats médicaux :

« Les Syndicats médicaux affiliés à l'Union prélèveront 1 fr. par an et par membre sur leur caisse.

« Cette somme qui constituera un fonds de réserve pour secourir les veuves, sera envoyée au trésorier de l'Union en même temps que les 2 francs demandés pour la publication du *Bulletin des Syndicats*. »

Cette motion fut adoptée à l'unanimité, et c'est donc non seulement en mon nom, mais encore au nom du Syndicat d'Aisne-et-Vesle que je prie mes confrères présents de voter ma proposition.

En ce faisant, vous aurez fait œuvre utile de charité confraternelle.

M. *le Président*. — Je trouve cette proposition extrêmement généreuse et nous devons être séduits par les propositions généreuses ; mais croyez-vous bien nécessaire de songer à créer ce fonds de réserve quand il existe l'Association générale ?

M. *Lécuyer*. — Elle donne de l'argent aux médecins et non pas aux veuves.

M. *Cézilly et d'autres membres* protestent. Elle donne 35,000 francs par an, en moyenne, tant en secours aux veuves qu'aux médecins dans le besoin.

M. *le Président*. — Les œuvres de charité doivent être laissées à l'Association générale, il faut une œuvre organisée comme l'est l'Association pour venir sérieusement en aide ; qu'elle n'intervienne pas dans notre œuvre de syndicat, mais qu'on lui laisse les œuvres de charité.

Le projet est renvoyé à l'Association de la part de l'Union des Syndicats.

Médecins légistes et loi de l'an XI.

M. *Lardier*. — De toutes parts on se plaint des conditions déplorables dans lesquelles s'opère et se rémunère la médecine légale dans les campagnes.

Il n'y a guère de numéro du *Concours médical* qui ne contienne une récrimination à ce sujet. Des protestations unanimes surgissent de tous les points de la France. L'une des plus retentissantes a été celle qui a concerné le professeur Jaumes, de Montpellier.

Or l'application de la loi de l'an XI, en permettant à des officiers ministériels d'un rang subalterne, de nous requérir ou de nous préférer notre voisin, porte une atteinte incontestable à la dignité professionnelle. Nous sommes propres ou impropres à l'exercice de la médecine légale selon le bon plaisir d'un brigadier de gendarmerie ou d'un commissaire de police. Cette dépendance est, je le répète, indigne. D'autre part, nous sommes rémunérés d'une manière dérisoire. De plus, les magistrats, en réponse au concours dévoué et peu rémunérateur que nous leur offrons, nous traitent avec une désinvolture, une arrogance, un mauvais vouloir qui ne souffrent pas la discussion. Il suffit de lire la relation de procès où des médecins ont été engagés. Je n'en prends pour preuve que l'attitude des tribunaux en ce qui concerne la loi des Syndicats professionnels, où la magistrature a été loin de s'inspirer de la pensée du législateur.

Il est donc prouvé que, pour ce qui regarde l'exercice de la médecine légale, nous sommes mal rétribués, peu considérés, et que, prise dans son ensemble, la magistrature manque d'égards envers le corps médical. Nous devons chercher à sortir de cette situation, et demander énergiquement la revision de la loi de l'an XI. N'attendons pas la revision de la législation médicale. Faisons de l'agitation autour de cette question spéciale. Ce n'est que par l'agitation que nous nous ferons écouter.

M. *Lardier* ajoute : Nous sommes sous la coupe des commissaires de police, d'autre part nous sommes rémunérés d'une façon dérisoire et les magistrats nous traitent avec une grande désinvolture.

M. *Gauthier, de Magny-en-Vexin*. — Il faut leur rendre la pareille et ils deviendront très souples.

M. *Lécuyer*. Je demande aux confrères le moyen le plus pratique.

M. *Gibert*. — Il faut une loi.

M. *Lardier*. — Il y a autre chose à faire. Nous avons pris dans les Vosges une résolution très catégorique ; nous refusons de nous rendre à toute réquisition en dehors du flagrant délit. On fait ainsi de l'obstruction à la magistrature.

M. *Maurat*.—C'est la grève, très bien ; c'est comme cela que vous créerez l'agitation plus que par les conférences ; quand vous aurez produit trois ou quatre éclats de ce genre, vous aurez là une belle agitation.

M. *le Président*. — Des conclusions.

M. *Lardier*. Nous allons faire de l'obstruction.

M. *le président*. — C'en est une.

M. *Toussaint*. — Ceci n'est pas absolument nouveau ; il y a quelques années, j'ai proposé au syndicat d'Argenteuil de refuser le service comme médecin légiste. Je suis très étonné de voir maintenant un aussi bel enthousiasme, car, il y a 3 ans, M. Gibert s'est opposé à faire la grève. J'ai envoyé à tous les confrères la lettre que j'avais reçue du procureur de la République à Versailles, lettre par laquelle le syndicat disait qu'il refusait de faire le service, qu'il y avait des médecins assermentés et payés

pour cela, je réclame donc la priorité pour le syndicat d'Argenteuil.

M. *Gibert*.—Je pourrais rééditer ma réponse d'il y à deux ans ; je ne crois pas que ce soit d'une bonne politique que les médecins fassent grève, non pas à cause des magistrats, mais parce qu'il y a derrière eux la population entière qui en souffre. Je ne crois pas que nous ayons le droit, pour une question d'honoraires, de froisser les intérêts du corps social. Prenez les faits comme ils se passent ordinairement. Il s'agit d'examiner un malade au point de vue mental ou à tout autre point de vue; si nous faisons de l'obstruction, nous enrayons complètement la machine judiciaire; cela m'est bien égal pour les magistrats, mais non pas pour ceux que cela concerne; on peut faire ainsi un tort considérable. Changez la loi ; faites que le Parlement augmente nos honoraires ; mais la grève n'est pas à conseiller, car cela retomberait sur nous.

M. *Toussaint*. — A Argenteuil, jamais la population ne s'est plaint de voir que nous refusions d'aller constater un décès ou n'importe quoi ; nous n'avons pas voulu nous déranger et l'on a envoyé un médecin de Versailles, qui est payé pour cela.

Le Président.— A côté de cette question d'honoraires il y a la question des ennuis que cela attire aux médecins dans un grand nombre de cas.

Plusieurs voix. — Toujours.

M. *Gibert*.— Il n'y a pas de médecins du parquet, la loi ne les autorise pas ; c'est une habitude prise par les magistrats ; s'il y en avait, vous auriez raison ; mais pour chaque cas particulier, il y a une commission spéciale du parquet.

En ce qui concerne ce qui s'est passé à Argenteuil je répondrai ceci : quand je suis chargé du rôle de médecin légiste, j'envoie ma note au président du tribunal et si elle n'est pas réglée, je déclare que je refuserai désormais mes services ; le lendemain, je suis payé.

M. *Mignen*.— Dans le projet présenté par M. Chevandier, il y a une aggravation pour le corps médical ; dans l'art. 9, il est dit que le médecin devra obéir à toute réquisition.

M. *Gauthier, de Luxeuil*. — Le Dr Gibert disait que les médecins légistes n'étaient pas plus forts que nous ; mais, comme ils sont en relations quotidiennes avec le tribunal, ils disent : vous allez me faire ma commission de la façon suivante. Je suppose un homme qui a reçu un coup de bâton. On met dans la commission :

Première question : examen de la blessure.
Deuxième question : examen des habits.
Troisième question : examen du bâton.

Si bien que les honoraires, qui seraient insuffisants s'il s'agissait d'un médecin inexpérimenté, deviennent plus importants. (Rires). Je vous livre le procédé, vous pouvez vous en servir au besoin.

M. *le Président*.— A-t-on des conclusions à proposer ?

Voix diverses. — La grève.

M. *le Président*. — Dois-je mettre cette question aux voix ou aimeriez-vous mieux la faire étudier ?

M. *Toussaint*.—Je propose de revenir à mon vœu, de refuser le service dans les cas d'expertises médico-légales.

Le Président. — Je propose de mettre aux voix si on doit donner une conclusion dès aujourd'hui. L'assemblée, consultée, se décide pour l'affirmative.

M. *le Président*.— Je vais mettre aux voix la proposition suivante : En dehors des cas de flagrant délit, refuser son concours à la magistrature.

M. *Gibert*. — Je vous supplie de ne pas voter dans ce sens.

Une voix. — Il est difficile de se prononcer ; personnellement, je suis toujours très bien payé quand je vais faire des constatations. Pourquoi voulez-vous que je fasse grève ?

M. *Toussaint*. — C'est pour ce motif que je la propose aux médecins qui ne peuvent pas se faire payer.

Diverses voix. — Mais vous le faites déjà.

Le Président. — Il n'y a pas besoin de voter là-dessus. Nous engageons ceux de nos confrères qui ont eu des difficultés avec la magistrature à se défendre comme ils l'entendront.

Proposition émanant des membres des Syndicats.

NOMINATION DES MÉDECINS DES HÔPITAUX DE PROVINCE.

M. *Lardier*. — Cette question a déjà été discutée à l'Assemblée générale de l'Union le 13 novembre 1887.

Elle est restée entière, et elle n'a pas fait un pas depuis un an.

Sur la proposition de M. Gibert, l'Union des Syndicats émit le vœu que la direction de l'Assistance publique au Ministère de l'intérieur fît un règlement d'ordre public concernant la nomination des médecins des hôpitaux et fixât la procédure dans tous les cas de conflits entre les administrations des hospices et les médecins des hôpitaux et que l'Union des Syndicats fût représentée dans cette commission.

Sur la proposition de M. Dupuy, il fut décidé que ce vœu serait transformé en pétition au Parlement. Cette pétition est restée lettre morte. Cette question n'a donc fait aucun progrès depuis un an. Actuellement, les revendications soulevées par certains médecins des hôpitaux de province sont les mêmes et je ne pense pas qu'il soit nécessaire d'ouvrir une nouvelle discussion sur ce sujet. Il importe à la dignité médicale que le médecin placé à la tête d'un service d'hôpital ne soit pas sous la dépendance absolue de la commission administrative qui peut le mettre à la porte lorsque, pour des motifs politiques ou étrangers à l'exercice professionnel, elle en éprouve le désir. Il en résulte que le mode de nomination des médecins actuellement en vigueur doit être modifié. Comme le disait le Dr Gassot, il faut que le titre de médecin d'hôpital soit conquis à la pointe de l'épée, et lorsqu'il aura été conquis, il faut qu'il soit la propriété inaliénable du médecin, il ne faut pas que la commission administrative puisse y toucher. A cet égard, je n'hésite pas avouer que l'opinion que je m'étais faite l'année dernière a été modifiée par les arguments développés par le Dr Gassot, et qu'à l'heure présente je ne saurais plus considérer l'ancienneté comme un titre suffisant à la nomination des médecins d'hospices.

Or, si depuis un an, cette question est restée dans le sommeil à l'Union des Syndicats, elle a été soulevée à l'Association générale de Prévoyance par les Sociétés de la Marne et du Rhône. Il importe donc à l'honneur des Syndicats de résoudre ce litige au mieux des intérêts médicaux avant que l'Association générale de prévoyance, qui a fait sienne cette question soulevée par nous, n'ait trouvé avant nous une solution heureuse. Or, cette question est une question d'intérêt professionnel au premier chef ; il nous appartient, à nous, de la discuter, de l'approfondir et de la résoudre.

Cela dit, constatons que la transformation du

vœu en pétition au Parlement n'aura pas plus de succès cette année que l'année dernière. C'est un moyen peu pratique d'aboutir. Reprenons, si vous le voulez bien, la proposition du docteur Gibert.

M. *le Président.* — Je crois qu'on acceptera facilement ces conclusions. S'il faut nommer une commission pour les étudier, je propose M. Lardier, M. Gibert, M. Bibart.

Ces trois noms sont adoptés et on y adjoint M. le Président.

Il est donné lecture de plusieurs propositions.

1° Celle du Syndicat Rochelais qui demande que *la loi Roussel soit reconnue, par les Chambres, d'utilité publique.*

2° Une proposition d'un membre du Syndicat de Seine-et-Oise, qui, en son nom personnel, réclame la revision de la loi sur les Syndicats.

3° Une proposition du Syndicat du canton d'Huriel (Allier), qui réclame :

La nomination au concours des médecins des hôpitaux de province ; — la suppression des inspecteurs des stations thermales ; — la règlementation de l'exercice de la médecine civile par les médecins militaires ; — le droit pour les médecins de campagne de délivrer les médicaments d'urgence ; — la liberté pour les indigents de recourir aux soins du médecin de leur choix ; — la réforme de l'enseignement médical et la répression de l'exercice illégal.

4° La proposition de M. le Dr Rigabert de la *création d'un Syndicat Central* auquel pourraient s'affilier les médecins de Paris et ceux des pays où n'existent pas de syndicats.

Ces diverses questions d'ordre général n'ont pu recevoir de solution vu l'heure avancée, à l'exception toutefois de la création d'un syndicat central à Paris.

Aussitôt après la séance et sur l'initiative de MM. Rigabert, de Saacy, et Mangenot, de Paris, nombre de membres se sont inscrits pour fonder un Syndicat central. Nous en publierons prochainement l'organisation.

M. *Gibert.* — Je voudrais voir mettre à l'ordre du jour de chaque syndicat, la question suivante : Quelle objection pourrait-on faire à l'obligation de la *déclaration des maladies transmissibles* ? Vous savez que M. Brouardel a fait un livre sur le secret professionnel. Un grand nombre de médecins se croient tenus de refuser de déclarer à l'autorité compétente le diagnostic des maladies contagieuses en s'abritant derrière le secret professionnel.

M. *le Président.*— J'engage tous les syndicats à mettre cette question à l'étude. (Assentiment).

La séance est levée à cinq heures moins un quart.

Les assistants passent dans un autre salon, où un buffet a été préparé. Des conversations animées ont lieu, chacun expose sa manière d'envisager les questions qui viennent d'être mises en lumière.

A cinq heures, les membres du *Concours médical* rentrent en séance.

DEUXIÈME SÉANCE

Assemblée générale des membres du Concours Médical.

La séance est ouverte à 5 heures sous la présidence de M. *Cézilly* ; prennent place au bureau les membres du conseil de Direction : MM. Gibert, Gassot et Maurat et M. le Dr Lande, ainsi que MM. LeGendre, Barette, Lepage et M. *Lordereau,* conseil judiciaire de la Société.

Le Président fait part des nombreuses lettres d'excuses adressées par les membres du Concours, empêchés de se rendre à la réunion ; ensuite il s'exprime en ces termes :

Messieurs et chers Confrères,

Je vous adresse au nom du *Conseil de Direction* nos remerciements pour votre présence à l'Assemblée de 1888. Vous nous encouragez à poursuivre la mission que le *Concours* s'est donnée en 1879, de rechercher les moyens d'améliorer la situation de la profession médicale.

Messieurs, c'est grâce à votre société que nous avons établi : la *Caisse des pensions de retraite* ; les *Syndicats médicaux* ; la *Société de protection des victimes du devoir médical* ; la *Caisse de prévoyance des Assurés sur la vie*, etc., etc., Ces œuvres vivent et se développent grâce au *Journal* de votre Société et au *Bulletin* de l'Union.

Nous pourrons voir peut-être le *Syndicat de la presse médicale*, les *Caisses de veuves et orphelins* ainsi que l'*Assurance contre la maladie*, s'organiser à leur tour.

Je vous ai entretenu l'année dernière de ce qu'alors nous appelions le *Comité de protection des pupilles du Corps médical.*

Cette Société est complète ; son nom est un peu modifié ; on vous a remis les statuts de la *Société de protection des victimes du devoir médical.* Veuillez les lire avec attention, ainsi que la circulaire et le bulletin d'adhésion qu'ils contiennent, et nous aider à faire connaître et à doter cette œuvre. Elle comble une des plus regrettables lacunes sociales. Lorsque le médecin devient infirme en se dévouant à ses malades, s'il meurt, sa veuve, ses enfants doivent être assistés. Tous ceux qui leur tendront une main secourable feront acte de réparation.

Je vous parlais à la même époque de la création d'un Syndicat.

J'ai fait, auprès des principaux directeurs des journaux médicaux, des démarches en vue de la création du *Syndicat de la presse médicale.*

Je leur ai exposé la puissance, pour le bien général, que leur procurerait cette Association professionnelle. Mes collègues ont abondé dans mon sens et si jusqu'à ce jour ce consensus ne s'est pas encore traduit en une organisation régulière, j'en attribue la cause surtout à ce fait, que j'ignorais l'année dernière, qu'il existe un *Syndicat de la presse médicale*, ancien de date, peu nombreux. Malheureusement ce syndicat n'est que de surface, il n'a fonctionné qu'une ou deux fois ; il n'a pas de statuts ; en un mot, il est à espérer et il est nécessaire que son syndic, l'honorable M. *de Ranse,* président du conseil des Censeurs de votre caisse des pensions de retraite, veuille bien procéder à sa réorganisation.

Les occasions, certes, ne manqueraient pas à ce Syndicat de faire acte d'existence ; tous les jours, des questions d'intérêt général sont soulevées, discutées et, sans trop de prétention, nous pouvons dire qu'en ces matières, c'est pour le moment, chez vous seulement, Messieurs, que l'organisation suit la discussion. Vous votez des statuts, vous votez les fonds nécessaires et vous arrivez ainsi à vos fins.

Quant aux trois questions soulevées déjà : 1° l'œuvre des *veuves et des orphelins* des médecins, non plus des médecins victimes du devoir, mais des médecins victimes seulement des conditions matérielles difficiles de notre profession ; 2° le *Congrès médical* de 1889 et 3° la grave question de l'*Assu-*

rance contre la maladie ; ces trois questions sont connexes et elles peuvent avoir une solution unique.

Chers confrères, permettez-moi une digression ; elle ne sera pas inutile, si je parviens à faire pénétrer dans vos esprits l'ardente conviction qui m'anime.

En 1845 et plus tard, en 1858, Amédée Latour, Rayer, les médecins de la Gironde et tant d'autres, frappés des misères professionnelles, voulurent y remédier.

Aux ouvriers de notre rude profession ils ne craignirent pas d'offrir comme modèle d'une association confraternelle, les *Sociétés de prévoyance et de secours mutuels* des simples ouvriers manuels.

Quelle fut l'étrange pensée qui dicta, à ces âmes généreuses, l'incroyable parti pris qui, à mon avis, a eu de si funestes résultats ? Ce parti pris fut celui-ci : Nous allons organiser entre nous une *Société de prévoyance et de secours mutuels* et à cette société, nous n'emprunterons guère que son nom et celles de ses œuvres qui nous sont les moins nécessaires.

Lorsque je vois tout ce que votre Société a pu accomplir, malgré le petit nombre relatif de ses membres, l'exiguïté de ses ressources, mais grâce à votre accord, je me prends bien souvent à envier les immenses moyens d'action de notre *Association générale des médecins de France*. Je calcule, je suppute et, sans me leurrer de chimères, je vois clairement ce qu'elle ne fait pas, ce qu'elle pourrait accomplir sans trop de difficultés. Si j'admire les résultats qu'elle a obtenus, je déduis de ces succès les succès plus grands encore qui lui sont réservés, lorsqu'elle voudra entrer dans la voie assignée par son nom de Société de secours mutuels.

Toute Société de secours mutuels procure :

1° L'Indemnité de maladie ;
2° Les soins médicaux ;
3° Les médicaments ;
4° Les frais funéraires ;
5° Les secours aux sociétaires et à leurs ayants-droit;
6° Des pensions de retraite.

Pourquoi l'Association a-t-elle laissé de côté le 1er article de cette énumération, l'indemnité de maladie qui est dans le vœu de tous ?

Elle s'est cantonnée dans les 5e et 6e articles, les secours, les retraites.

Ah ! combien ils auraient été mieux inspirés, les fondateurs de l'Association si, se faisant les imitateurs serviles des ouvriers de la main, ils avaient assigné à l'œuvre des ouvriers de la pensée un but identique, comme l'est le titre de leurs sociétés !

J'ai fait toujours de la propagande en faveur de l'Association et, lorsque j'échouais, c'était toujours cette phrase de mon interlocuteur qui répondait à mes arguments : « A quoi bon ? l'Association ! je ne peux rien pour elle ; douze francs de plus ou de moins, peu lui importe ; si je lui donne ces 12 fr., que pourra-t-elle me rendre en échange ? Que serai-je en droit de lui réclamer ; puisqu'elle ne me réclame qu'une obole ? Elle a un ou deux millions, une goutte d'eau dans la mer, mes 12 francs ! et, elle ne peut rien pour moi ! j'ai 25 ans et ce n'est pas à mon âge qu'on pense aux infirmités qu'elle peut soulager chez ses octogénaires ; je me suffirai, et si je suis toujours aussi robuste que je suis vaillant, je verrai plus tard, à 50 ans ! »

Je connais nombre de jeunes médecins qui n'en font pas partie et dont les pères ont versé pendant 25 ans !

« Si vous voulez considérer les 12 francs de cotisation, comme un don, ajoutait mon jeune ami, eh bien, je vous dirai que je ne suis pas encore à l'âge où l'on peut être généreux.

Elle m'offre aussi l'assistance professionnelle dans les cas de responsabilité ? Je saurai trouver cette assistance dans les associations professionnelles.

C'est là que je trouverai aussi la protection de mes intérêts matériels, le concert nécessaire pour les sauvegarder et me mettre en garde contre les éventualités. »

Telle était la réponse du jeune confrère.

Ah ! ces éventualités ! j'y ai bien des fois songé, et c'est pourquoi je termine ma digression en ajoutant que bien souvent, quelque crédit que je puisse avoir en ces matières, je n'arrivais pas à convaincre.

Mais ne croyez-vous pas, messieurs, que tout autre aurait été le résultat de la conversation, si, armé des statuts d'une simple et pure société ouvrière, j'avais pu répondre :

« Mais les *éventualités*, quelles sont-elles ? Vous voulez parler de la maladie, du chômage qui vous crible de dettes criardes, qui jettera sur vous la déconsidération inique que le client fait peser sur le médecin besoigneux. Une de ces éventualités est peut-être aussi le trépas prématuré, auquel on pense pourtant peu à votre âge ; et vous voulez parler du triste sort, de la déchéance qui attendent votre jeune femme, votre enfant au berceau.

Eh bien, entrez dans notre société de secours mutuels et, dès que la maladie vous clouera sur votre grabat, une *indemnité* de dix francs par jour pendant deux, trois ou quatre mois, viendra à votre aide et cela, en vertu de votre droit strict. Les confrères vous donneront leurs soins à charge de revanche les remèdes seront peu coûteux, et cette rude épreuve, vous la supporterez sans trop de peine.

Si vous succombez, l'*œuvre des veuves et des orphelins*, œuvre de droit, elle aussi, viendra, dans une bien juste mesure, tendre aux vôtres une main secourable. »

Oh ! alors, les arguments sont topiques, et la persuasion entrera facilement dans l'esprit du futur sociétaire et vous n'aurez pas de peine non plus à le convaincre que la cotisation mensuelle de 5 francs est dans la stricte mesure de ses facultés, et les 60 francs annuels qu'il versera lui donneront la conscience qu'il prend part à une véritable œuvre de *prévoyance et de secours mutuels*.

Ce qui précède, chers confrères, revient à dire que notre *Association générale* est fondée sur des principes justes : que, dans les meilleures intentions, elle a été détournée de la voie que lui traçait son titre, et que ses statuts ont besoin d'être revisés.

Je pose en principe qu'elle n'a plus aucune raison pour capitaliser autre chose que les dons qu'elle recueille et que, au bout de 28 ans d'existence, il est temps de cesser les sacrifices en vue de l'avenir, au détriment des générations actuelles.

Le secrétaire général Foville disait, dans son rapport de 1885 : « *Le second million est fait ; l'Association ne saurait s'arrêter en si beau chemin et il s'agit pour elle de se mettre à acquérir le troisième ; au train dont elle marche, ce sera sans doute l'affaire de sept à huit ans : elle se rapproche donc à grands pas du but que je vous signalais l'année dernière, comme si utile à atteindre, celui d'être riche pour avoir beaucoup d'autorité morale et pour faire beaucoup de bien.* »

Je ne partage pas cet enthousiasme ; si deux millions donnent de l'autorité morale, je ne crois pas que quatre en donnent deux fois plus. Foville était

de mon avis ; car il ajoutait : « *L'important, en effet, n'est pas seulement d'avoir beaucoup d'argent, il n'est pas moins essentiel d'en faire un usage qui réponde dignement au but de l'Association.* »

Eh oui ! le vrai but de l'Association, c'est de pourvoir aux besoins du médecin en cours de pratique, de le protéger contre les dangers qu'il court.

Le vrai, l'unique danger, c'est la maladie, aussi bien pour lui que pour les siens, et le danger suprême, la mort, avec toutes ses funestes conséquences pour sa famille.

Oui, je l'avoue, les sociétés professionnelles nuisent à votre recrutement, à qui la faute ? à vos statuts.

C'est l'émiettement de l'effort immense qu'il faudrait faire pour répondre à tous les vœux.

N'accumulez plus que les dons ; dépensez sans compter vos trop minces cotisations ; ne thésaurisez plus, vous avez thésaurisé pendant 28 ans. On vous demande de devenir prodigues, de rendre de suite à plusieurs presque tout l'argent qu'on vous envoie.

Reportez tous les excédents sur les exercices qui suivent. Le Corps médical ne périra pas, l'Association deviendra ce qu'elle aurait dû être dès le premier jour : le recours contre toutes les misères qui peuvent assaillir le plus fort, le plus courageux, le plus honorable et parfois le plus riche. (Applaudissements.)

En conséquence, Messieurs, je propose à votre discussion la proposition suivante :

Proposition du Directeur.

Considérant que l'*Association générale des médecins de France est une société de prévoyance et de secours mutuels*,

Que cette société a poursuivi son œuvre depuis 28 ans, en vue : de procurer (article 6 des statuts) des secours à ceux de ses sociétaires que l'âge, les infirmités, la *maladie*, des malheurs immérités réduisent à un état de détresse ;

De secourir les veuves, les enfants et les ascendants laissés sans ressources par les sociétaires décédés... ;

De fonder dans l'avenir une caisse de retraite ;

De préparer et fonder les institutions propres à compléter et perfectionner son œuvre d'assistance ;

Considérant, en outre, que vu la modicité de la cotisation statutaire (12 fr. par an), l'Association générale, Société de secours mutuels, n'a pu, comme les autres sociétés du même genre, atteindre tous les objectifs que comporte son titre :

Notamment : qu'elle n'a pu allouer aux sociétaires malades, ainsi que le pratiquent toutes les sociétés de prévoyance et de secours mutuels sans exception, une indemnité quotidienne, en rapport avec la durée de leur maladie ;

Considérant que, si grâce aux cotisations et aux dons qu'elle a recueillis, l'Association a pu distribuer chaque année des sommes considérables sous la forme de secours aux médecins, à leurs veuves et orphelins, à leurs ascendants et même aux médecins ne faisant pas partie de l'Association ; que si elle a pu constituer une réserve énorme de capitaux dont les revenus ont constitué pour les médecins âgés et infirmes des pensions viagères d'assistance de plus en plus nombreuses et élevées ;

Considérant, d'autre part, que, de l'avis de la plupart des médecins, la *maladie* est un de leurs risques les plus graves, les plus probables et des plus fréquents ;

Considérant en outre, que les secours aux veuves et aux orphelins et ascendants sont notoirement insuffisants par ce fait que, jusqu'à ce jour, il n'a pas existé au sein de l'Association, — comme elle existe pour son œuvre des *pensions viagères d'assistance*, — une *caisse des veuves, orphelins et ascendants* des membres décédés de l'Association ; qu'il est utile de créer à cette caisse des ressources collectives et spéciales, prises uniformément sur la cotisation annuelle ;

Considérant que, pour les pensions aux *veuves et orphelins*, ce qui importe, ce n'est pas de capitaliser, puisque ces pensions ne peuvent être que de durée passagère, variables et non viagères ; mais qu'au contraire, il convient de multiplier le nombre de ces pensions pour faire face à des demandes nombreuses ;

Que l'avoir des sociétés locales dépassant déjà un million, il n'est pas urgent de l'accroître autant que par le passé et qu'il est préférable de pourvoir plus abondamment une caisse de l'œuvre des veuves et orphelins dont le sort est aussi intéressant que celui des médecins âgés ou infirmes ;

Considérant que l'Association générale s'imposera de plus en plus, non par sa richesse, mais par les bienfaits décuplés qu'elle répandra sur ses membres ;

Qu'il y a lieu, par conséquent, comme le prévoit le dernier paragraphe de l'article 6, *de compléter et de perfectionner l'œuvre d'Assistance de l'Association générale* et de la mettre à même de distribuer, comme toutes les sociétés de secours mutuels, des indemnités en cas de maladie ;

Nous proposons :

1° De maintenir les statuts et le mode de fonctionnement de l'Association *pour tous les associés qui se déclarent satisfaits de son fonctionnement passé.*

Néanmoins et désormais :

2° Sur la cotisation de 12 francs, de prélever d'une façon uniforme 3 francs pour la *caisse des pensions viagères*. Soit à 8000 membres 24,000 fr.

3° Continuer de laisser à la caisse générale la perception des droits d'entrée.

4° Sur cette même cotisation prélever 3 francs pour la *caisse des veuves et des orphelins*, soit 24.000 francs.

5° Laisser à la disposition des sociétés locales, pour la délivrance des secours divers et d'urgence, et pour l'accroissement de leur fortune particulière, 6 francs sur la cotisation, soit 48.000 francs (qui se joindront aux revenus de leur million).

6° D'admettre tous les sociétaires actuels qui l'accepteraient et tous les nouveaux adhérents à verser, comme cotisation annuelle et supplémentaire, la somme de 48 francs, afin de leur donner le droit à *l'indemnité de maladie* :

a. La cotisation de 48 francs sera versée, comme celle de 12 francs, par trimestre, semestre ou année, au choix des sociétaires.

b. Les sociétaires qui verseront pour l'indemnité de maladie recevront 10 francs par jour pendant la durée de leur maladie et pour une période de 4 mois (soit 1.200 francs) au maximum.

c. Les sommes qui ne seront pas dépensées dans l'exercice, seront reportées à l'exercice suivant, pour, s'il y a lieu, être versées jusqu'à concurrence des sommes disponibles aux sociétaires dont la maladie se serait prolongée au delà de la période de 4 mois donnant droit à l'indemnité.

d. Aucune somme provenant de la cotisation spé-

ciale à l'indemnité de maladie ne pourra être capitalisée, à l'exception des dons et autres revenus pouvant advenir à l'Association générale avec affectation spéciale à la caisse des indemnités de maladie. »

M. Cézilly entre alors dans un exposé de chiffres, suivi avec un vif intérêt par l'assistance et qui tendent à prouver : 1° que l'indemnité de maladie sera suffisante avec une cotisation de 48 fr.; 2° que le prélèvement pour la caisse des pensions viagères, plus élevé que celui qui est pratiqué pourrait permettre de créer à côté des pensions *viagères de capital*, un certain nombre de *pensions viagères de réserve* ; 3° que la Caisse des veuves et orphelins pourrait délivrer, dès la 1re année, 40 à 50 *pensions*.

L'assemblée applaudit chaleureusement cette communication.

Le président reprend en ces termes : « Messieurs, je résume : êtes-vous de mon avis que le temps est largement venu, pour l'Association générale et pour les Sociétés locales, de ne plus capitaliser toutes leurs réserves ; d'organiser l'indemnité-maladie, de donner, sous diverses formes, un grand développement aux secours mutuels que nous nous devons ? J'ajoute que le Conseil de Direction estime ces réformes possibles, pratiques ; que jamais, dans sa pensée, il n'est entré l'idée de rivaliser avec l'association ; qu'il ne réclame que votre appui pour faire triompher, au sein de l'Association générale, des propositions utiles à la profession et la mise à l'ordre du jour de ces hautes questions. » (Applaudissements.

Le Président demande alors à l'assemblée de vouloir bien présenter les objections à ce projet.

M. le Dr Monnet dit que dans la Société *Lagoguey*, Assurance contre la maladie, créée à l'exemple de l'Assurance anglaise, on trouve, avec une cotisation élevée, des avantages considérables. Il propose de nommer une commission chargée d'établir entre cette société et la *Caisse des pensions de retraite des médecins de France*, une entente qui serait fertile en heureux résultats et peut-être une fusion féconde.

MM. Lande et Manrat font observer à M. Monnet qu'il n'y a aucun point commun entre les deux sociétés ; qu'à une époque déjà ancienne la caisse des pensions a refusé de joindre à son fonctionnement une caisse d'assurance contre la maladie.

M. Cézilly dit qu'à titre de directeur du Concours, il s'est déjà mis à diverses reprises à la disposition de la société Lagoguey et que sa bonne volonté n'a pas eu, jusqu'à ce jour, les résultats favorables qu'il en attendait ; qu'il persiste dans les objections capitales qu'il a opposées à l'œuvre, quel que soit son enthousiasme pour toutes les œuvres d'intérêt professionnel.

M. le Dr *Lasalle* accepte la proposition du directeur du Concours et il se propose de la soutenir au sein de l'Association dont il fait partie.

M. le Dr *Gassot* fait observer que la proposition n'est pas une proposition ferme ; que le conseil de Direction ne réclame pour elle que les observations et l'appui des membres du Concours et celui des membres des Syndicats, pour la faire étudier dans le sein des sociétés locales.

M. le Dr *Gassot* prend de nouveau la parole et fait l'exposé suivant :

Messieurs et chers. Confrères,

Les questions que vient de soulever tout à l'heure notre directeur, M. Cézilly, sont de grosses questions et le comité de direction de la société civile du Concours médical a dû les étudier sous leurs divers aspects.

Tout d'abord en ce qui concerne l'Association générale, il s'agit de modifier son fonctionnement ; actuellement elle ne remplit pas tous les buts que s'assignent en général les sociétés de secours mutuels.

Pour les membres de l'association, droit au secours en cas de maladie, droit à une pension en cas d'infirmités ; pour les veuves et les orphelins, droit à une pension de secours s'ils sont nécessiteux — voilà ce qui caractérise une véritable société de secours mutuels et ce qui est bien éloigné de ce que nous voyons actuellement !

La question de revision de la législation médicale n'est pas moins importante : vous savez avec quelle ardeur nous l'avons soulevée, avec quelle conscience nous l'avons étudiée — il s'agit de savoir si, à nos justes revendications les pouvoirs publics répondront éternellement par le dédain ou l'indifférence !

Quant à l'organisation de la médecine publique, nous avons certes bien le droit de dire ce que nous en pensons, nous qu'on va mettre à contribution encore une fois et qui serons la cheville ouvrière de l'organisation elle-même.

Nous n'insisterons pas davantage sur l'importance de ces problèmes ni sur notre compétence légitime à les résoudre ; nous ne rechercherons pas non plus par quels moyens pourront être acquis les résultats que nous souhaitons, — nous nous bornerons à examiner comment ces questions pourraient être fructueusement agitées :

Il nous a paru indispensable de faire appel à tout le corps médical et de provoquer une grande manifestation sous forme de *Congrès* : l'année 1889, qui verra tant d'autres réunions analogues, semble heureusement choisie, et les grands souvenirs de réformes qu'elle rappellera aux esprits nous sont d'un heureux présage.

Mais un Congrès demande une préparation sérieuse, une agitation préalable : il faut lancer la question, la faire examiner, discuter, contredire ou approuver partout et par tous ; il faut provoquer les adhésions et les centraliser ; il faut étudier les propositions qui seront formulées, les classer, les résumer dans un rapport général qui servira de base de discussion ; il faut enfin se tenir en communauté d'idées constante avec les intéressés, c'est-à-dire avec la majeure partie du corps médical.

C'est là, vous le comprenez, messieurs et chers confrères, une tâche énorme à laquelle ne sauraient suffire nos bonnes volontés réunies ; il faut donc nécessairement que vous nous donniez des collaborateurs. Nous vous prions de constituer une commission d'exécution composée, outre le directeur et les membres du comité de direction de votre société, de quelques membres. Cette commission pourrait s'adjoindre telles personnes qu'elle croirait utile et, si besoin en était, créer des comités locaux correspondants, dans les grandes villes de province.

Munie de pleins pouvoirs en ce qui concerne la préparation et la réussite du Congrès, la commission n'aurait en aucune façon à préjuger les questions qui pourront y être soulevées ; elle se renfermerait dans un rôle absolument neutre vis-à-vis des solutions qui pourraient être proposées. Elle assurerait la réunion du Congrès et rien de plus.

Cette tâche, d'ailleurs, sera loin d'être une sinécure : les médecins, vous le savez, ne s'émeuvent pas très facilement, et ce serait s'illusionner grandement que de croire à l'arrivée immédiate des adhé-

sions dès le premier appel. Il faudra bien des fois revenir à la charge pour triompher de toutes les mauvaises excuses par lesquelles trop de nos confrères cherchent à expliquer leur silence. Nous devons donc prévoir une correspondance formidable.

Ceci nous amène à vous parler des moyens matériels d'exécution. Nous vous demandons d'ouvrir à la commission un crédit de 5000 francs. Si vous voulez bien réfléchir qu'il faudra faire imprimer et expédier au moins trente mille circulaires, que le travail de bureau sera énorme, que de fréquentes réunions seront nécessaires, qu'enfin, au dernier moment, des dépenses imprévues s'imposeront, vous trouverez que ce chiffre, quelque élevé qu'il paraisse, ne sera que suffisant.

Mais comment se procurer ces ressources ?

Nous vous proposons de décider qu'un appel sera adressé à tous les adhérents et une souscription ouverte dès maintenant dans les colonnes du *Concours médical* et dans le *Bulletin des Syndicats*.

Si le mouvement professionnel que nous voulons provoquer est vraiment légitime, s'il répond à un besoin véritable, comme nous le croyons fermement, les ressources ne nous ferons pas défaut.

Cependant, il faut tout prévoir : si des insuffisances de recettes se produisaient, nous vous demandons, pour la commission, la faculté d'emprunter momentanément sur dépôt des titres de la Société civile, et sous la garantie du directeur, les sommes nécessaires pour parfaire celle de 5000 francs jugée nécessaire.

Si donc, Messieurs et chers confrères, vous donnez votre approbation au principe des questions soulevées par M. Cézilly, nous vous prions de vouloir bien adopter les résolutions suivantes :

L'Assemblée Générale de la Société civile du Concours médical, sur les propositions du Directeur et du Conseil de Direction, décide :

1° Au cours de l'année 1889, tous les médecins français seront convoqués, à Paris, en un Congrès pour délibérer sur les questions suivantes :

α. Modifications à apporter aux statuts de l'Association générale en vue de lui assurer le caractère essentiel de société de secours mutuels.

β. Revision de la législation médicale et du décret sur les honoraires médico-légaux.

γ. Organisation de la médecine publique.

2° Pour rendre possible la réunion de ce congrès il est nommé une commission d'exécution de 7 membres comprenant le Directeur et les trois membres du Conseil de Direction de la Société civile du Concours médical.

Cette commission pourra s'adjoindre telles personnes qu'elle jugera convenable et créer, en province, des comités locaux correspondants.

La commission a pleins pouvoir pour l'organisation du congrès ; elle réunit les adhésions, centralise les propositions qui seront faites, prépare le règlement et vote les dépenses nécessaires.

Elle pourra déléguer partie de ses pouvoirs à une ou plusieurs sous-commissions créées dans son sein.

3° Un premier crédit de 5000 francs est ouvert à la dite commission.

4° Appel sera fait à tous les adhérents et une souscription sera ouverte.

5° La commission d'exécution est autorisée à emprunter, dans les limites du crédit qui lui est ouvert, sur dépôt des titres de la société civile du Concours médical, et sous la garantie du Directeur, les sommes qui lui seraient nécessaires. (Applaudissements).

On procède à la nomination de la Commission. En feront partie les membres du conseil de Direction et MM. *Lardier* (de Rambervilliers), *Monnet* (de Paris), *Toussaint* (d'Argenteuil). La commission aura la faculté de s'adjoindre d'autres confrères.

Une discussion s'engage alors sur la proposition. M. *Monnet* fait pressentir les obstacles considérables que les modifications aux statuts rencontreront dans le sein de l'Association.

M. *Lande* estime que le Congrès n'aura pas une influence sur les décisions de l'Association générale. Il est préférable, dit-il, de faire introduire la question par les Sociétés départementales et de leur demander d'agir sur le bureau de l'Association générale, pour que celle-ci accepte de mettre d'urgence la question à l'étude.

En ce qui concerne spécialement l'assurance contre la maladie, il pense que l'Association pourrait représenter, avec grand avantage, le capital de garantie indispensable à une Société de ce genre.

MM. *Cézilly* et *Gassot* répondent à M. Lande qu'en effet il n'est jamais entré dans les vues du Conseil de Direction d'aborder la question au Congrès avant d'en avoir saisi d'abord le Conseil général de l'Association et ensuite les Sociétés locales. Ils ajoutent qu'on ne visera dans le Congrès que le moyen de convaincre par des discussions, tous les médecins qui y assisteront, du bien fondé des modifications qu'on réclame aux statuts de l'Association. (Applaudissements.)

M. *Gibert* voudrait aussi qu'une partie des fonds dont on réclame la souscription fut consacrée à une propagande orale faite par des confrères convaincus et dévoués qui iraient prendre la parole dans les réunions des Associations médicales.

M. le Dr *Gauthier* estime qu'il serait possible, en cas d'insuccès auprès de l'Association, de créer l'Assurance-maladie en dehors d'elle.

Le Président expose les nombreuses raisons qui rendent de tous points préférable la constitution de l'assurance sous la forme de l'indemnité de maladie. Il insiste sur ce point que, tout le personnel de l'œuvre est trouvé, dans les bureaux de l'Association, peu occupés.

En définitive, l'Assemblée décide que la proposition doit être faite à l'Association générale et qu'on doit prendre toutes les mesures nécessaires pour obtenir qu'elle l'examine avec sollicitude.

La discussion s'engage alors sur l'ouverture d'un crédit pour subvenir aux frais du Congrès, crédit qui s'ajoutera au produit de la souscription, ou, qui le complétera s'il est insuffisant.

M. le Dr *Maurat* explique qu'on peut emprunter sur dépôt de partie des titres appartenant à la Société civile du Concours médical la somme de cinq mille francs proposée par M. Gassot.

M. *Lasalle* voudrait voir doubler cette somme. *Le président* lui fait observer que le Concours médical ne peut s'engager à une dépense aussi considérable.

L'assemblée vote alors les deux résolutions :

1° *Au cours de l'année* 1889, *dans la période de l'Exposition universelle, tous les médecins français seront convoqués à Paris, en un Congrès, pour délibérer sur les questions professionnelles* ;

2° *Un crédit de cinq mille francs est ouvert à la commission chargée de provoquer ce Congrès.*

Le président donne la parole à M. le Dr *Maurat* qui rappelle les chiffres du budget publiés dans le numéro 43 du *Concours*. Il en rectifie quelques-uns et en vue du Congrès il propose à l'Assemblée

de ne point voter les allocations ordinaires et de laisser tout l'excédent à la disposition du conseil de direction. (Adopté.)

M. *Lande* a la parole pour exposer à l'Assemblée la situation prospère de la *Caisse des pensions de retraite des médecins de France.*

Il le fait à la satisfaction de toute l'Assistance qui accueille sa communication par des applaudissements. Nous n'avons pas reçu à temps, le texte du discours de M. Lande. D'ailleurs, l'espace nous eût empêché de le reproduire ; ce sera pour le prochain numéro.

La séance de *l'Union des Syndicats* s'était prolongée jusqu'à près de cinq heures ; celle du *Concours* était remplie par la discussion des importantes questions qui lui étaient soumises et dont le compte rendu a été forcément abrégé.

C'est pourquoi le président est obligé de réclamer à divers membres présents, qui l'accordent gracieusement, la faculté de ne point donner lecture de leurs communications qui seront publiées au journal.

Il lit les propositions de M. le Dr *Déchoudans,* de St-Jean-des-Gonville (Ain), qui demande qu'à l'occasion de l'Exposition, il y ait au Bureau du journal, tous les 15 jours, des réunions. L'Assemblée décide que le Congrès et les réunions de sa commission répondront à ce vœu.

M. le Dr *Guiol,* de Toulon (dont on a lu, après le banquet, une spirituelle improvisation) réclame la constitution d'une Société d'assurance contre la maladie. L'assemblée presque tout entière répond à ce désir.

M. *Cézilly* expose la demande d'un membre du *Concours,* d'un subside pour l'impression d'un ouvrage philosophique. — L'assemblée ne veut pas entrer dans cette voie.

Le Directeur du Concours mentionne ensuite le résultat relativement considérable de la souscription en faveur de la veuve d'un confrère. Le produit joint à celui, plus considérable, obtenu par un autre journal de médecine, a suffi à combler la dette de quatre longues années de maladie et à procurer à la veuve des ressources importantes.

L'Assemblée applaudit à ce résultat éminemment confraternel et le président lève la séance.

Les conversations s'engagent ; les invités du Concours médical arrivent, et à 7 heures on entre dans la splendide salle à manger du *Zodiaque,* où le Grand-Hôtel a fait servir le repas à près de cent convives.

Le service a obtenu des suffrages unanimes et au champagne ont été portés divers toasts qui seront publiés dans le prochain numéro.

Nous avons pu noter parmi les invités et les médecins qui ont assisté aux séances et au banquet les noms de :

MM. Chevandier, député. — Mérillon, député. — J. Steeg, député. — Ancelet, de Vailly. — Augé, de Pithiviers. — Apostoli, de Paris. — Baraduc, de Paris. — Barbelet, de Dourdan. — Barette, de Paris. — Baronnet, de Mantes.— Barbès, de Limours.— Benard, de Saint-Germain-en-Laye. — Bibard, de Pontoise. — Bilhaut, de Paris. — Bouffé, de Paris.— Bouyer, de Paris. — Cancalon, de Charenton. — Capron, de Chaumont-en-Vexin. — Henri Cézilly, de Paris. — Paul Cézilly, de Paris. — Chastenet, de Paris. — Charmaux, de Vichy. — De Chateaubourg, d'Alfortville. — Chaumier, du Grand Pressigny.— Chaumeton, de Paris. — Chevallereau, de Paris. — Chopinet, de Crépy-en-Valois. — Collard, de Somme-Py.— Cottard, d'Honfleur. — Courgey, d'Ivry. — Courret, de Marmande. — Darène, de Belloy. — Davéo, de Paris. — Dériaud, de Paris. — Desnos, de Paris. — Drouineau, de Paris. — Dulaurier, de Saint-Antoine-sur-l'Isle. — Durand, de Saint-Martin d'Auxigny.— Dumont, de Paris. — De Fourmestreaux, de Trappes. — Garavel, de Montreuil.— Gassot, de Chevilly. — Gauthier, de Luxeuil. — Gauthier, de Magny-en-Vexin. — Gibert, du Havre. — Grellety, de Vichy.— Jaoul, de Sucy-en-Brie.— Laburthe, de Paris.— Ladmiral, de Corbeil.— Lamiable, de Château-Porcien. — Lande, de Bordeaux.— Lasalle, de Lormont. — Launay, de Paris. — Lardier, de Rambervillers. — Lécuyer, de Beaurieux.— Le Gendre, de Paris.— Lemaire, de Compiègne. — Lepage, de Paris.— Leroy, de Villers-le-Bel. — Limousin-Lamothe, de Mormant. — Lordereau, de Paris.— Lorin, de Paris.— Mangenot, de Paris.— Maurat, de Chantilly.— Mauriac, de Bordeaux.— Merle, de la Ferté-Alais.— Mignen, de Montaigu.— Monin, de Paris.— Monnet, de Paris.— Moreau, de Versailles.— Outin, de Paris.— Pasquet, de Gournay-en-Bray.— Piasecki, du Hâvre.— Razin, de Paris.— Ribard, de Paris.— Ribard, de Meudon.— Rigabert, de Saacy.— Ruault, de Paris.— A. de Sarran, de Paris. — Surre, de St-Cloud.— Toussaint, d'Argenteuil, etc., etc.

SOCIÉTÉ DE PROTECTION DES VICTIMES

du Devoir médical.

EXTRAIT DES STATUTS ; ARTICLE 2.

Pour être Membre TITULAIRE, *il faut payer une cotisation annuelle de 20 francs, ou racheter cette cotisation, en versant une somme de deux cents francs.*

Pour être Membre DONATEUR , *il faut verser à l'œuvre une somme de cinq cents francs au moins.*

RECOUVREMENT DES SOUSCRIPTIONS : *Les souscriptions doivent être adressées à M. Chastaing, pharmacien en chef de l'hôpital de la Pitié, 1, rue Lacépède, trésorier. — Si elles n'accompagnent pas l'envoi du Bulletin d'adhésion, les sommes seront recouvrées dans l'année, par le Crédit Foncier de France, pour le compte de la Société.*

COMITÉ DE PATRONAGE :

Président : M. THÉOPHILE ROUSSEL, Sénateur.—*Vice-Présidents* : MM. FRANCK-CHAUVEAU, Sénateur, HENRI MONOD, Directeur de l'Assistance publique de France.— *Secrétaire* : M. CÉZILLY, Directeur du Concours médical.—*Trésorier* : M. CHASTAING, Professeur agrégé à l'École de Pharmacie.—*Membres* : MM. BROUARDEL, Doyen de la Faculté de médecine, COLIN (LÉON), Médecin-inspecteur général, DUJARDIN-BEAUMETZ, Membre de l'Académie de médecine, CUVINOT, Sénateur, FARCY, Député de la Seine, GIBERT, du Havre, GRANCHER, Professeur à la Faculté de médecine, HYADES, Médecin principal de la marine, LABORDE, Membre de l'Académie de médecine, LEREBOULLET, Directeur du journal *La Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, MAGNIER, Directeur de l'Administration des douanes, MAURAT, Membre du Conseil de direction du Concours médical, NICOLAS, Conseiller d'Etat, NOCART, Directeur de l'Ecole vétérinaire d'Alfort, STEEG (J.), Député de la Gironde, TREILLE, Médecin principal de la marine, TRÉLAT (ULYSSE), Professeur à la Faculté de médecine.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise).— Imp. DAIX frères, place St-André, 3.
Maison spéciale pour journaux et revues.

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE

Inauguration de l'Institut Pasteur.

Celte fête scientifique et nationale a été le princi-l événement de la dernière semaine. Nous n'en tracerons pas les détails que tous les Français ont pris par la lecture des journaux politiques ; nous produisons l'admirable discours de M. Pasteur et ous analyserons plus tard celui de M. Grancher i, par des chiffres irréfutables, anéantit les dernières restrictions qu'ont pu faire encore les antipastoriens vaincus.

Nous, qui dans un moment où la lutte était ardente entre les partisans et les adversaires de la découverte de M. Pasteur avons avec conviction et ergie pris parti pour le grand savant contre ses détracteurs, nous éprouvons une joie profonde à idée d'avoir combattu le bon combat en soldat obscur, mais de bonne volonté.

Nos lecteurs savent qu'à la réunion du 4 novembre le président de l'Union des Syndicats et le directeur du Concours médical avaient été délégués, pour assister à l'inauguration de l'Institut Pasteur porter au maître dont les découvertes ont transformé la pratique médicale l'hommage de plusieurs milliers de praticiens français ; M. le Dr Leroy et le Dr Cézilly se sont acquittés de cette démarche honorable à laquelle M. Pasteur s'est montré s sensible.

Nous rappelons que, parmi les collaborateurs de Pasteur, trois ont été honorés de distinctions bien méritées ; MM. les professeurs Grancher et Duclaux, M. le Dr Chantemesse, médecin des hôpitaux. us adressons toutes nos félicitations à ces maîtres.

Comment l'absinthe est-elle nuisible ?

Est-ce en tant que liqueur alcoolique seulement proportionnellement à la quantité d'alcool qu'elle contient ? Est-ce plutôt par suite de la propriété que spéciale de son huile essentielle ? — La question, après avoir soulevé autrefois des controverses, semblait résolue dans ce dernier sens par les travaux de MM. Magnan et Laborde. M. *Mairet* (de Montpellier) a demandé la révision du procès en faisant lire à l'Académie (6 novembre) une note sur *l'action de la liqueur d'absinthe et de l'alcool absorbés par la voie gastrique.* « La liqueur d'absinthe, ingérée par l'estomac, ne provoque des attaques d'épilepsie qu'à une dose fort élevée, suffisante pour produire une ivresse complète et persistante ; il faut même, pour que les attaques se produisent, que les hautes doses soient prolongées pendant plusieurs jours consécutifs et elles n'apparaissent guère qu'à ce moment où la vie de l'animal est gravement compromise. Il y a une identité complète entre l'action de l'alcool et celle de la liqueur d'absinthe. Ce n'est pas à l'essence d'absinthe, mais à l'alcool que renferme cette liqueur, qu'il faut attribuer les attaques qui se produisent sous l'influence de l'ivresse dans l'absinthisme aigu ; l'épilepsie n'est pas plus fréquente que dans l'alcoolisme aigu. »

La réponse des partisans de l'opinion attaquée par M. Mairet ne s'est pas fait attendre, et M. *Laborde* dans la séance suivante (13 novembre) s'est exprimé ainsi :

« M. Mairet attribue les accidents convulsifs déterminés par l'ingestion de la liqueur d'absinthe à l'alcool qu'elle contient ; or, cette conclusion est pour le moins inattendue, et sans aucun doute très discutable, s'il s'agit d'alcool éthylique ; d'un autre côté, avant mes recherches, on ignorait l'action convulsivante des alcools inférieurs. M. Mairet prétend, en outre, que la liqueur d'absinthe ne détermine de convulsions qu'à de très fortes doses ; or, je n'ai jamais dit le contraire ; mais, par les injections intra-veineuses, on arrive beaucoup plus rapidement à faire absorber une forte dose de toxique que par l'ingestion stomacale. »

La strophantine et le strophantus

M. *G. Sée*, en son nom et au nom de M. *Gley*, a communiqué à l'Académie les résultats des expériences qu'ils ont faites au moyen d'un produit extrait par M. Wurtz du strophantus Kombé.

C'est surtout l'action de cette substance sur le cœur et la circulation qu'ils ont cherché à déterminer.

La dose employée a varié de 1 milligr. 1/2 (pour le lapin) à 4 milligr. (pour le chien) en injection intra-veineuse.

Dans une première période on observe un ralentissement du cœur plus ou moins marqué et une élévation considérable de la pression artérielle ; dans la deuxième période, qui dure jusqu'à l'arrêt du cœur, on note des irrégularités, de courtes phases d'excitation et de ralentissement, des systoles avortées, etc.

Les deux faits les plus saillants de l'action physiologique de ce produit sont donc l'élévation de la pression artérielle et l'augmentation d'énergie de la systole : c'est là l'indication véritable du médicament.

MM. Sée et Gley ont employé la strophantine à la dose de 1 ou 2 cinquièmes de milligramme dans tous les cas de maladies du cœur. C'est surtout dans les lésions mitrales, particulièrement dans les rétrécissements, que les résultats ont été favorables. L'action cardiaque a été manifestement augmentée, le pouls est devenu régulier.

En revanche, ils n'ont observé aucune diminution de la dyspnée, de la diurèse, ni par conséquent de l'œdème.

Dans les angines de poitrine, la strophantine a été plutôt nuisible ; du reste, pas d'action fâcheuse sur l'estomac ni sur l'encéphale.

Ces faits sont en partie conformes aux essais tentés avec la strophantine par M. le professeur Drasche (de Vienne).

M. Sée fait ensuite remarquer que la strophantine n'est pas supérieure à la spartéine qui, d'ailleurs, a l'avantage d'être moins toxique. Pour ce qui est de la digitaline, son pouvoir sur l'activité fonctionnelle du cœur est manifestement inférieur à celui de la strophantine. On a prétendu, en outre, que la strophantine produisait son effet cardiaque en ménageant en même temps la contractilité des vaisseaux ; mais, dit l'orateur, c'est là une grave erreur : la strophantine, au contraire, produit une vaso-constriction générale, de sorte que sous ce rapport, c'est elle qui est inférieure à la digitale. Cette vaso-constriction est la conséqnence d'une action spéciale de la strophantine sur les ganglions nerveux propres des tuniques artérielles, et sur les fibres lisses des vaisseaux.

L'orateur fait ensuite l'exposé des travaux qui ont été publiés dans les différents pays sur la strophantine, depuis celui de Fraser, qui osa l'employer le premier dans les maladies du cœur en 1855.

M. *Bucquoy* a employé le strophantus, tant en ville que dans son service, un très grand nombre de fois et, comme M. Sée, en a retiré de très bons résultats.

M. *Dujardin-Beaumetz* déclare, contrairement à l'opinion de M. Sée, qu'il ne faut pas prescrire la strophantine, et voici pourquoi : il existe, dans le commerce, au moins cinq sortes de strophantine sans compter, encore, la strophantidine. L'orateur pense donc que, jusqu'à nouvel ordre, pour le strophantus comme pour la digitale, c'est la plante qu'il faut prescrire et non pas son alcaloïde.

Le strophantus est un excellent médicament. Mais, lorsqu'on se sert de la teinture, il faut indiquer quelle est la teinture qu'on veut administrer. M. Fraser se servait d'une teinture à 1/20, M. Constantin Paul l'emploie à 1/10. M. Beaumetz propose de prescrire, pour éviter toute confusion, la teinture française à 1/5 dont on peut donner 5 gouttes matin et soir, ou encore l'extrait dont se sert M. Bucquoy et dont il donne 4 à 5 milligrammes par jour en pilules de 1 milligramme.

FEUILLETON

Inauguration de l'Institut Pasteur.

DISCOURS DE M. PASTEUR LU PAR M. PASTEUR FILS

Monsieur le Président,

Messieurs,

Celui qui, dans vingt ans, écrira notre histoire contemporaine et recherchera quelles ont été, à travers les luttes des partis, les pensées intimes de la France, pourra dire avec fierté qu'elle a placé au premier rang de ses préoccupations l'enseignement à tous les degrés. Depuis les écoles de village jusqu'aux laboratoires des hautes études, tout a été soit fondé, soit renouvelé. Elève ou professeur, chacun a eu sa part. Les grands maîtres de l'Université, soutenus par les pouvoirs publics, ont compris que, s'il fallait faire couler comme de larges fleuves l'enseignement primaire et l'enseignement secondaire, il fallait aussi s'inquiéter des sources, c'est-à-dire de l'enseignement supérieur. Ils ont fait à cet enseignement la place qui lui est due. Une telle instruction ne sera jamais réservée qu'à un petit nombre : mais c'est de ce petit nombre et de son élite que dépendent la prospérité, la gloire et, en dernière analyse, la suprématie d'un peuple. (*Applaudissements.*)

Voilà ce qui sera dit et ce qui fera l'honneur de ceux qui ont provoqué et secondé ce grand mouvement. Pour moi, Messieurs, si j'ai eu la joie d'aller, dans quelques-unes de mes recherches, jusqu'à la connaissance de principes que le temps a consacrés et rendus féconds, c'est que rien de ce qui a été nécessaire à mes travaux ne m'a été refusé. Et le jour où, pressentant l'avenir qui allait s'ouvrir devant la découverte de l'atténuation des virus, je me suis adressé directement à mon pays pour qu'il nous permît, par la force et l'élan d'initiatives privées, d'élever des laboratoires qui non seulement s'appliqueraient à la méthode de prophylaxie de la rage, mais encore à l'étude des maladies virulentes et contagieuses, ce jour-là la France nous a donné à pleines mains. Souscriptions collectives, libéralités privées, dons magnifiques dus à des fortunes qui sèment les bienfaits comme le laboureur sème le blé

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

DES

MEMBRES DE LA SOCIÉTÉ DU « CONCOURS MÉDICAL » ET DE L'UNION DES SYNDICATS

Du 4 Novembre 1888 (1)

Rapport annuel du secrétaire-trésorier

Messieurs,

Lorsque les premiers Syndicats médicaux firent connaître leurs statuts, l'émotion fut énorme aussi bien dans le public extra-médical que parmi les médecins. D'un côté, on feignit de croire que les médecins allaient se mettre en grève sur toute l'étendue du territoire ; qu'ils conspiraient tout au moins contre la société à laquelle ils devaient être fiers de sacrifier leurs intérêts les plus chers et même leur vie sans avoir le droit d'en attendre la moindre récompense ; que sais-je encore ? Vous n'avez pas oublié les attaques violentes qui furent alors dirigées contre les médecins syndiqués par certaine revue qui menait grand bruit. Cette revue a disparu depuis lors et les Syndicats restent toujours debout.

D'un autre côté, des confrères, doués de plus d'imagination que de jugement, rêvèrent que l'âge d'or était enfin venu et que des trésors inépuisables allaient s'amonceler dans leurs coffres-forts. Je n'ai pas besoin de vous dire que ceux qui avaient fait ce beau rêve ont été cruellement déçus. C'est que, Messieurs, de part et d'autre, il y avait une exagération manifeste, et les Syndicats dont le but véritable était ainsi méconnu ne méritaient

Ni cet excès d'honneur, ni cette indignité.

(1) Voir le nº du *Concours* du 17 novembre 1888.

Aujourd'hui ils sont acceptés de tous et, grâce à la sagesse avec laquelle ils ont su éviter les écueils qui se présentaient en foule, leur autorité a considérablement grandi, et leur rôle, dans l'avenir, est nettement tracé. Tout ce qui touche aux intérêts moraux et matériels du corps médical est de leur domaine. Les mesures contre lesquelles on s'est le plus violemment élevé au début sont aujourd'hui admises. C'est ainsi que le *livre noir*, puisqu'il faut l'appeler par son nom, qui a soulevé tant de protestations et de colères, est maintenant considéré comme la plus légitime des mesures de défense professionnelle et que le Syndicat de l'Association des médecins du Rhône l'a introduit dans ses usages.

Mais ce n'est pas tout : les Syndicats sont aussi appelés à rendre à la Société des services éminents. Voyez, pour vous en convaincre, les travaux de ces sociétés pendant l'année qui vient de s'écouler.

Le Syndicat d'Aisne-et-Vesle nous a donné, par l'organe de son honorable secrétaire, le docteur Lécuyer, une intéressante étude sur l'organisation de la médecine gratuite dans le département de l'Aisne de 1864 à 1886. Nous lui devons, en outre, la création d'une caisse d'assistance mutuelle en cas de maladie, institution utile, s'il en fût, que nous serions heureux de voir se propager dans d'autres régions et relativement à laquelle vous allez avoir à vous prononcer au cours même de cette séance.

---

elle a tout apporté, jusqu'à l'épargne prélevée par l'ouvrier sur le salaire de sa rude journée. (*Applaudissements.*)

Pendant que se faisait cette œuvre de concentration française, trois souverains nous donnaient un témoignage de sympathie effective. Sa majesté le Sultan voulait être un de nos souscripteurs ; l'empereur du Brésil, cet empereur homme de science, inscrivait son nom avec la joie d'un confrère, disait-il, et le Tsar saluait le retour des Russes que nous avions traités par un don vraiment impérial. (*Applaudissements.*)

Devant les médecins russes qui travailleront dans nos laboratoires, et sont déjà présents parmi nous, j'adresse au Tsar l'hommage de notre respectueuse gratitude. (*Applaudissements prolongés.*)

Comment toutes ces sommes ont été centralisées au Crédit Foncier de France et l'usage qui en a été fait, vous venez de l'apprendre, Messieurs. Mais ce que M. Christophle ne vous a pas dit, c'est avec quel souci il a géré ce bien national. (*Très bien ! très bien !*)

Avant la pose de la première pierre, le Comité de patronage de la souscription a décidé, malgré moi, que cet Institut porterait mon nom. Mes objections persistent contre un titre qui réserve à un homme l'hommage dû à une doctrine. Mais si je suis troublé par un tel excès d'honneur, ma reconnaissance n'en est que plus vive et plus profonde. Jamais un Français s'adressant à d'autres Français n'aura été plus ému que je ne suis en ce moment. — (*Applaudissements prolongés.*)

La voilà donc bâtie, cette grande maison dont on pourrait dire qu'il n'y a pas une pierre qui ne soit le signe matériel d'une généreuse pensée. Toutes les vertus se sont cotisées pour élever cette demeure du travail. Hélas ! j'ai la poignante mélancolie d'y entrer comme un homme « vaincu du temps », qui n'a plus autour de lui aucun de ses maîtres, ni même aucun de ses compagnons de lutte, ni Dumas, ni Bouley, ni Paul Bert, ni Vulpian qui, après avoir été avec vous, mon cher Grancher, le conseiller de la première heure, a été le défenseur le plus convaincu et le plus énergique de la méthode ! — (*Applaudissements.*)

Toutefois, si j'ai la douleur de me dire : Ils ne sont plus, après avoir pris vaillamment leur part des discussions que je n'ai jamais provoquées,

Au Syndicat des Vosges nous devons des travaux importants sur l'assistance médicale et la nomination des médecins dans les hôpitaux de province. Aussi, avons-nous été heureux quand nous avons vu que l'honorable Président de ce Syndicat, M. le Dr Lardier, était, avec notre excellent ami le Dr Gibert, premier Président de l'Union des Syndicats, nommé membre du conseil supérieur de l'Assistance publique. Ne vous semble-t-il pas, Messieurs, qu'en appelant ainsi deux des nôtres à siéger au sein de ce conseil, le ministre ait voulu reconnaître l'utilité des Syndicats médicaux en même temps que la valeur des travaux auxquels ils se livrent? Ne vous semble-t-il pas qu'on ait voulu, en haut lieu, reconnaître à nos sociétés cette existence légale qu'on leur a refusée ailleurs? Comme nous, Messieurs, vous applaudirez au choix qui a été fait par le ministre de l'intérieur, et vous penserez, comme nous, que les intérêts du corps médical ne pouvaient être confiés à des confrères plus capables de les défendre et de les faire triompher. (Applaudissements.)

Comme dans les deux Syndicats dont nous venons de parler, la question importante de l'Assistance médicale gratuite a été étudiée dans les Syndicats de Seine-et-Oise, des Basses-Cévennes, de Corbeil, d'Indre-et-Loire, etc., etc. Chacun de vous est venu ici avec des idées bien nettes et les décisions auxquelles vous allez vous arrêter auront une importance exceptionnelle, puisqu'elles permettront aux confrères qui ont l'honneur de faire partie du conseil supérieur de s'appuyer sur des vœux exprimés, après étude sérieuse, par les représentants autorisés du corps médical français.

Je n'ai pas la prétention d'énumérer devant vous tous les travaux de nos Syndicats. Je ne puis cependant m'empêcher d'attirer votre attention sur les *plus importants. Au Syndicat* de Domfront on étudie le projet de loi sur l'exercice de la médecine et on demande la suppression du titre d'officier de santé.

Au Syndicat de la Vienne, comme à celui des Basses-Cévennes, on s'émeut du sans-gêne avec lequel certains pharmaciens se livrent à l'exercice de la médecine et on cherche un moyen de se défaire de cette concurrence qui, hélas ! se pratique sur tous les points du territoire. Je me trompe. Il est des régions où médecins et pharmaciens savent rester dans leurs attributions respectives et respecter les droits professionnels de la corporation voisine : témoin les Syndicats de Quimperlé et de Baugé qui font partie l'un et l'autre de l'Union et qui admettent dans leur sein les médecins et les pharmaciens des régions sur lesquelles ils s'étendent.

Dans la Loire-Inférieure on se préoccupe de l'exercice de la médecine par les communautés religieuses, et, comme dans la Vienne, on essaie d'y porter remède. De plus, on étudie les questions des certificats de décès à délivrer aux compagnies d'assurances sur la vie et, ainsi que vous le pensez, la solution est conforme aux saines doctrines et aux traditions de discrétion dont s'honore le corps médical.

Partout, enfin, on se plaît à constater les bons résultats que les Syndicats ont amenés, et, à ce sujet, je ne puis résister au plaisir de rappeler ici les paroles prononcées par l'honorable Président des Syndicats des Basses-Cévennes.

« Tous, dit notre confrère, nous avons retiré quelque avantage direct ou indirect de l'Association syndicale. »

.....Puis il ajoute : « Les rivalités entre médecins, vous n'ignorez pas combien elles ont été exploitées contre nous ; nous avons mis fin, au moins « dans une certaine mesure, à cette exploitation. « Dès lors, chacun de nous s'est trouvé plus fort, et, « sans rompre avec cette tradition honorable de dévouement qui est comme l'apanage de notre profession, chacun a un peu plus de hardiesse pour « revendiquer ses droits légitimes et faire apprécier « un peu mieux ses services... Restons donc unis, « si vous m'en croyez ; l'Union sera tout à la fois la « sauvegarde de notre dignité et de nos intérêts. »

On ne saurait mieux dire, Messieurs, pour faire ressortir les avantages et le but des associations syndicales.

Aussi n'éprouvons-nous aucune surprise quand nous voyons de nouveaux Syndicats se former. Sans doute, les créations nouvelles sont peu nombreuses;

---

mais que j'ai dû subir ; s'ils ne peuvent m'entendre proclamer ce que je dois à leurs conseils et à leur appui ; si je me sens aussi triste de leur absence qu'au lendemain de leur mort, j'ai du moins la consolation de penser que tout ce que nous avons défendu ensemble ne périra pas. Notre foi scientifique, les collaborateurs et les disciples qui sont ici la partagent.

Le service du traitement de la rage sera dirigé par M. le prof. Grancher, avec la collaboration des docteurs Chantemesse, Charrin et Terrillon.

M. le Ministre de l'Instruction publique a autorisé M. Duclaux, le plus ancien de mes élèves et collaborateurs, aujourd'hui professeur à la Faculté des Sciences, à transporter ici le cours de Chimie biologique qu'il fait à la Sorbonne. Il dirigera le laboratoire de Microbie générale. M. Chamberland sera chargé de la Microbie dans ses rapports avec l'Hygiène ; M. le Dr Roux enseignera les méthodes microbiennes dans leurs applications à la Médecine. Deux savants russes, les docteurs Metchnikoff et Gamaleïa, veulent bien nous prêter leur concours. La morphologie des organismes inférieurs et la microbie comparée seront de leur domaine.

Vous connaissez, Messieurs, les espérances que nous donnent les travaux du Dr Gamaleïa. C'est à dessein que je me sers du mot *espérances*. L'application à l'homme est loin d'être faite en ce moment ; mais la plus rude étape est franchie.

Constitué comme je viens de le dire, notre Institut sera à la fois un dispensaire pour le traitement de la rage, un centre de recherches pour les maladies infectieuses et un centre d'enseignement pour les études qui relèvent de la Microbie. Née d'hier, mais née tout armée, cette Science puise une telle force dans ses victoires récentes qu'elle entraîne tous les esprits. Cet enthousiasme que vous avez eu dès la première heure, gardez-le, mes chers Collaborateurs, mais donnez-lui pour compagnon inséparable un sévère contrôle. N'avancez rien qui ne puisse être prouvé d'une façon simple et décisive. Ayez le culte de l'esprit critique. Réduit à lui seul, il n'est ni un éveilleur d'idées, ni un stimulant de grandes choses. Sans lui tout est caduc. Il a toujours le dernier mot. Ce que je vous demande là et ce que vous demanderez à votre tour aux disciples que vous formerez est ce qu'il y a de plus difficile à l'inventeur. Croire que l'on a trouvé un *fait scientifique* impor-

mais il ne faut pas perdre de vue que le nombre de ceux qui existent est déjà bien grand et qu'il ne saurait s'accroître indéfiniment. Néanmoins l'année qui vient de s'écouler en a vu naître quelques-uns. Ile plus, on nous annonce qu'un certain nombre sont projetés sur différents points. Espérons que bientôt nous pourrons leur souhaiter longue et heureuse existence, comme nous le souhaitons aujourd'hui aux Syndicats de Toulouse, de l'Hérault, du 20e arrondissement de Paris, de Sidi-Bel-Abès, etc.

Le même esprit qui pousse les médecins à se syndiquer les engage également à grouper les nouveaux syndicats autour de l'UNION. C'est ainsi que dès sa fondation le Syndicat de Sidi-Bel-Abès a demandé à être agrégé à l'Union des Syndicats médicaux de France ; c'est ainsi que nous est venu le Syndicat de la Vienne et qu'un syndicat plus ancien, celui de la Charente, après s'être réorganisé, a également voté son adhésion à nos statuts. Nous devons être heureux de semblables résultats, Messieurs, car ils nous permettent d'espérer, dans un avenir peu éloigné, la réalisation de l'un des vœux que j'avais l'honneur, il y a bientôt un an, de formuler devant vous. Après avoir constaté qu'un certain nombre de syndicats qui avaient donné leur adhésion à l'UNION, n'avaient plus donné signe de vie, nous souhaitions de les voir bientôt entrer dans une nouvelle période d'activité. Pour un trop grand nombre, notre appel n'a pas été entendu ; mais les résultats obtenus par ceux qui ont continué à fonctionner, espérons-le du moins, ne sauraient tarder à rendre l'activité et la vie à ceux qui sommeillent encore.

Nous avions espéré, Messieurs, que la législation actuelle ne passerait sans que vinssent en discussion deux projets de loi qui nous tiennent à cœur : le projet sur l'exercice de la médecine et celui ayant pour objet d'étendre sans conteste aux Syndicats médicaux les bénéfices de la loi du 21 mars 1884. Nous avions d'autant plus droit d'y compter que le projet de M. Chevandier était à l'ordre du jour pour venir un des premiers en discussion, il y a déjà bien longtemps, et que le ministre du commerce faisait adresser à notre secrétaire général, à la date du 16 décembre 1887, la lettre ci-jointe. Mais, encore une fois, nous avons constaté combien il y a de distance de la coupe aux lèvres et nous avons dû nous résigner encore à attendre et..... à espérer ?

Voici la circulaire dont il s'agit :

MINISTÈRE DU COMMERCE ET DE L'INDUSTRIE.

Direction du personnel et de l'enseignement technique.

Syndicats professionnels.

Paris, le 16 décembre 1887.

Monsieur le Président, j'ai l'honneur de vous accuser réception et de vous remercier de l'envoi de la feuille signalétique contenant les renseignements que je vous demandais, par ma circulaire du 25 octobre dernier, en vue de la publication prochaine d'un Annuaire des Syndicats.

J'ai pris connaissance avec intérêt des observations que vous m'avez présentées, au nom de votre Syndicat, sur l'extension des bénéfices de la loi du 21 mars 1884, aux Associations constituées entre personnes exerçant la profession de médecin. Cette affaire est actuellement à l'étude.

Vous pouvez être assuré, Monsieur le Président, que mon administration ne manquera pas de tenir compte, dans la mesure légitime, de l'opinion émise par l'Association que vous représentez et qu'elle apportera dans l'examen de la question la préoccupation de l'application la plus complète et la plus sincère de la loi relative aux Syndicats professionnels.

Agréez, Monsieur le Président, l'assurance de ma considération très distinguée.

Le Ministre du Commerce et de l'Industrie,
LUCIEN DAUTRESME.

A notre dernière réunion, quelques délégués avaient élevé des réclamations au sujet du service du Bulletin. Des instructions précises ont été données pour que le Bulletin fût régulièrement servi à tous les membres des Syndicats qui ne reçoivent pas le *Concours médical* et dont les noms nous seraient fournis par messieurs les secrétaires. Il importe donc que les listes soient constamment tenues à jour. Nous comptons sur le zèle et le dévouement

---

tant, avoir la fièvre de l'annoncer et se contraindre des journées, des semaines, parfois des années à se combattre soi-même, à s'efforcer de ruiner ses propres expériences, et ne proclamer sa découverte que lorsqu'on a épuisé toutes les hypothèses contraires, oui, c'est une tâche ardue. (*Applaudissements prolongés.*)

Mais quand, après tant d'efforts, on est enfin arrivé à la certitude, on éprouve une des plus grandes joies que puisse ressentir l'âme humaine, et la pensée que l'on contribuera à l'honneur de son pays rend cette joie plus profonde encore. (*Applaudissements*).

Si la Science n'a pas de patrie, l'homme de science doit en avoir une, et c'est à elle qu'il doit reporter l'influence que ses travaux peuvent avoir dans le monde. (*Triple salve d'applaudissements.*)

S'il m'était permis, Monsieur le Président, de terminer par une réflexion philosophique provoquée en moi par votre présence dans cette salle de travail, je dirais que deux lois contraires semblent aujourd'hui en lutte : une loi de sang et de mort qui, en imaginant chaque jour de nouveaux moyens de combat, oblige les peuples à être *toujours* prêts pour le champ de bataille, et une loi de paix, de travail, de salut qui ne songe qu'à délivrer l'homme des fléaux qui l'assiègent. (*Applaudissements.*)

L'une ne cherche que les conquêtes violentes, l'autre que le soulagement de l'humanité. Celle-ci met une vie humaine au-dessus de toutes les victoires ; celle-là sacrifierait des centaines de mille existences à l'ambition d'un seul. (*Applaudissements.*)

La loi dont nous sommes les instruments cherche même à travers le carnage à guérir les maux sanglants de cette loi de guerre. Les pansements inspirés par nos méthodes antiseptiques peuvent préserver des milliers de soldats. Laquelle de ces deux lois l'emportera sur l'autre ? Dieu seul le sait. Mais ce que nous pouvons assurer, c'est que la science française se sera efforcée, en obéissant à cette loi d'humanité, de reculer les frontières de la vie. (*Triple salve d'applaudissements. Vive Pasteur !*)

---

de nos confrères pour vouloir bien nous signaler les changements qui pourraient survenir. Et, puisque je m'adresse en ce moment à messieurs les secrétaires, je veux insister de nouveau auprès d'eux pour qu'ils veuillent bien nous adresser le compte rendu de toutes les réunions de leurs sociétés. Le Bulletin est fait pour les recevoir et les publier. Il est utile qu'ils soient bien pénétrés de cette vérité : aucune question professionnelle ne saurait nous être indifférente. Les différents points de vue auxquels on se place appellent des solutions diverses, et c'est grâce au concours de tous qu'il sera possible d'établir des règles générales destinées à servir de guide en toutes circonstances.

Il est en outre une autre raison qui m'engage à insister auprès de nos secrétaires. C'est que si les matériaux nous sont abondamment fournis, les numéros du Bulletin paraîtront plus régulièrement et, grâce aux annonces, leur tirage sera pour notre caisse une source plus importante de recettes.

Assistance médicale dans les campagnes.

Rapport de M. Edmond Chaumier

Messieurs, le Syndicat médical d'Indre-et-Loire en me déléguant auprès de l'Union des Syndicats m'a chargé tout particulièrement de soutenir et de défendre le mode d'assistance médicale dans les campagnes, qui existe dans notre département et qui fonctionne à la grande satisfaction des malades et des médecins.

C'est le seul système qui sauvegarde entièrement la liberté du malade et la liberté du médecin.

Le malade peut choisir son médecin, son pharmacien, sa sage-femme ; et cela non seulement chaque année, mais pour chaque maladie. Il peut — tout comme nos clients ordinaires, ceux qui paient ou sont censés payés — changer de médecin au milieu d'une maladie, répudier un médecin qui, à tort ou à raison, n'a pas sa confiance ; en rappeler un autre qu'il avait congédié jadis, alors qu'il n'était pas dans l'impossibilité de payer, quand ce dernier avait présenté sa note.

L'indigent est donc libre, absolument libre ; et cela est juste ; il est un citoyen comme les autres, et la société n'a pas le droit de le faire souffrir dans sa liberté en lui faisant l'aumône.

Mais si l'indigent est libre, le médecin l'est aussi ; il n'est lié par aucun pacte, aucun traité avec M. le Maire ou M. le Préfet ; il n'est le valet de personne ; il peut refuser ses soins à qui il veut, et personne n'a le droit de lui demander justification de sa conduite.

Cette liberté du médecin ne privera jamais l'indigent des secours de la médecine ; le médecin, habitué qu'il est à ce qu'on fasse la charité à ses dépens, est naturellement charitable ; et il ne refusera pas ses soins à un malheureux parce qu'il aura mauvaise figure ; des circonstances graves seulement l'éloigneront de son chevet, et le confrère qui n'aura pas par devant lui les mêmes raisons de refus l'assistera dans sa maladie.

Messieurs, ces deux principes d'une importance capitale — liberté du malade ; liberté du médecin — ont été placés par votre commission en tête du projet d'assistance que vous l'avez chargée d'élaborer.

Un autre point admis par la commission est celui-ci : Rétribution proportionnelle aux services rendus.

Eh bien, ce desideratum est rempli par l'organisation d'Indre-et-Loire. Le médecin est payé proportionnellement au nombre de visites faites, proportionnellement au chemin parcouru ; proportionnellement à son travail opératoire.

Le médecin est payé à la visite tout comme par les autres clients ; les visites à la campagne sont payées au kilomètre ; celles de nuit sont payées double. Les accouchements et les opérations de quelque importance comptent en sus de la visite.

Mais, dira-t-on, l'indigent qui ne paie pas, sollicitera sans cesse les visites du médecin ; et il se trouvera peut-être même quelques médecins qui abuseront ; les visites ainsi multipliées chiffreront, et le budget ne suffira pas.

L'indigent sera toujours plus exigeant que le client qui paie ; mais il sollicitera peut-être moins avec notre système qu'avec celui par abonnement (cantonal ou communal), car il ne peut pas dire : j'exige votre visite ; vous êtes payé pour me soigner.

Et puis s'il se produit des abus, ils sont réprimés par la commission de revision des mémoires.

Cette Commission, composée de six membres — deux par arrondissement — est nommée au scrutin secret par tous les médecins du département, après désignation par le syndicat des candidats à nommer.

Le travail de la Commission se compose de deux parties : la revision matérielle, celle qui concerne l'examen de la concordance des prix des mémoires avec ceux du tarif ; et la revision que, si vous le permettez, j'appellerai *morale*, et qui a trait à l'exagération possible — pour une cause ou pour une autre — du nombre des visites.

C'est là le côté ardu de l'œuvre de la Commission ; elle consacre plusieurs séances à examiner toutes les liasses de mémoires, puis elle rend son verdict, verdict sans appel ; elle tranche avec regret, mais avec le sentiment du devoir, et n'hésite pas à réduire un mémoire de 75 %, s'il le faut, pour le ramener à ce qu'il aurait dû être.

Le travail terminé, si les mémoires dépassent encore le crédit alloué, on opère une réduction générale proportionnelle; mais, jusqu'ici, cette réduction a été insignifiante ; et si la commission reste toujours, comme je l'espère, animée du même esprit de justice et de sévérité, il en sera toujours ainsi.

Maintenant, que vous dirai-je de plus, en faveur de notre système d'assistance, si ce n'est que le syndicat de l'Aisne et celui de la Vienne l'ont adopté cette année.

Le Syndicat de la Vienne a même eu à soutenir à ce sujet une lutte vigoureuse ; mais, il faut le dire, il a remporté une victoire complète.

La préfecture proposait la médecine cantonale ; et cette proposition menaçait de trouver de l'écho au sein du conseil général ; mais le Syndicat avait pris les devants ; il avait réuni tous les médecins du département et tous avaient promis de refuser leur concours à toute organisation autre que celle d'Indre-et-Loire. Ils ne voulaient pas que le médecin devienne un agent électoral, ou puisse être congédié par la préfecture lorsqu'il aurait cessé de plaire. Ils ne voulaient pas que le médecin des indigents allant visiter nécessairement des malades en dehors de sa clientèle puisse — quelquefois sans le vouloir — enlever des clients à ses confrères. C'eût été là une cause de haines et de jalousies.

On calculait déjà en haut lieu sur ce vol de clients et on osait en faire une sorte d'appât pour les médecins. Écoutez ce passage d'un rapport présenté au conseil général :

« Les médecins des hôpitaux reçoivent une nomination et les bureaux de bienfaisance ont pour les diverses circonscriptions des médecins désignés, ce qui n'empêche nullement le bon fonctionnement de ces divers services.

« *C'est un honneur pour un docteur d'être chargé de l'une de ces fonctions, et, souvent même, il y trouve un avantage, le public payant recherchant assez volontiers ses soins. Aussi les budgets de l'assistance publique sont très peu grevés de ce côté. Le médecin cantonal jouirait certainement d'une faveur de ce genre, et les conseils départementaux pourraient bien trouver que ce système est moins onéreux et par suite préférable.* »

Ce système cantonal, nous le connaissons en Indre-et-Loire. Il existe pour les nourrissons. Nous l'avons combattu de toutes nos forces et si nous ne sommes pas arrivés à limiter les circonscriptions aux clientèles, nous sommes arrivés à faire participer un plus grand nombre de médecins à la surveillance.

La lutte a été chaude et l'on a parlé de rayer le secrétaire du Syndicat — celui-là même qui vous parle — du cadre des médecins inspecteurs.

Du reste, on employait absolument les mêmes arguments qu'à Poitiers :

« *Je pense, d'ailleurs, pour ma part, disait l'inspecteur des enfants assistés, qu'il y aurait, en général, un grave inconvénient à réduire les circonscriptions médicales actuelles.*

En effet, les médecins acceptent volontiers, malgré le prix minime des visites, des circonscriptions étendues, parce qu'ils y trouvent une compensation au point de vue de leur renom et de leur clientèle. Ce sont là des avantages réels que leur assure l'exercice d'un service public. Il y aurait donc lieu, à mon avis, de craindre moins d'empressement de leur part, si l'on multipliait trop les circonscriptions, par voie de dédoublement du moins. »

Nous avons considéré cela comme une insulte au corps médical d'Indre-et-Loire, et je crois que vous serez du même avis.

Nos confrères de la Vienne ont donc combattu la médecine cantonale. Un des leurs qui fait partie du Conseil général, le docteur Guillou, a été leur porte-parole, il a fait comprendre à ce Conseil que les médecins devraient être entendus, qu'on ne devrait pas disposer d'eux sans les consulter. Le Conseil a adopté cette manière de voir, et décidé de se réunir en session extraordinaire pour voter l'organisation définitive de l'assistance médicale lorsque les médecins auraient donné leur avis.

Les choses ont été vite. Ceci se passait en août ; le Syndicat s'est réuni en septembre ; le 8 octobre le Conseil général adoptait le système présenté par le docteur Guillou, qui ne diffère de celui d'Indre-et-Loire que sur des questions de détails, et votait 16.000 francs pour en assurer le fonctionnement à partir du premier janvier prochain.

Le Syndicat de la Vienne, qui n'est pas représenté ici, mais qui aura son délégué l'an prochain a montré là l'exemple à suivre ; Messieurs, je vous propose de voter des félicitations au docteur Guillou et au Syndicat de la Vienne. (Applaudissements.)

Annexe à la communication de M. Lécuyer, Secrétaire-Général du Syndicat d'Aisne et Vesle.

Caisse d'assurance médicale mutuelle en cas de maladie temporaire.

ARTICLE PREMIER.

Entre les membres du Syndicat qui adhéreront aux présents statuts, il est établi une caisse d'assistance mutuelle, ayant pour but d'accorder une indemnité à ses membres atteints de maladies ou de blessures accidentelles les obligeant à cesser temporairement leurs fonctions.

ART. 2.

Pour être admis, il faut être valide et être accepté comme tel par le bureau.

ART. 3.

On n'a droit à l'indemnité quotidienne que six mois après que l'on est entré dans la Société, et la Société ne commencera à donner des indemnités qu'après six mois de formation.

ART. 4

L'incapacité temporaire n'excédant pas *quinze jours* ne donne droit à aucune indemnité.

A partir de ce moment, l'incapacité de travail donne droit à une indemnité quotidienne de 10 fr. pendant une durée de 3 mois au plus.

Si la maladie se prolonge plus longtemps, le bureau avisera ; sa décision devra être approuvée par l'assemblée générale.

ART. 5.

Le membre malade devra aviser le secrétaire de son état de maladie, et dès sa guérison, de la reprise de son travail.

La Société peut déléguer un médecin pour constater l'état de maladie ; si le malade refuse de se laisser visiter, il perd l'indemnité.

ART. 6.

La caisse est gérée gratuitement par le bureau du Syndicat, qui rend ses comptes dans la séance qui suit le 31 mars, fin de l'exercice. Les frais de bureau sont prélevés sur la caisse du Syndicat.

ART. 7.

Les ressources de la Société se composent :

1° De dons volontaires ;

2° D'une cotisation de 4 fr. par mois payable *d'avance* et par trimestre entre les mains du Trésorier qui se charge de faire rentrer les cotisations huit jours après l'échéance aux frais des retardataires et par les soins de l'administration des postes. Si la traite est refusée, le membre est considéré comme démissionnaire et perd ses droits.

On peut se libérer en un seul versement annuel.

3° D'un droit d'entrée de 24 fr. payable en deux trimestres, en même temps que les cotisations, après un an de fonctionnement de la caisse.

Toute somme versée reste définitivement acquise à la caisse.

ART. 8.

Du capital annuel ainsi formé, les 9/10e sont versés à la caisse courante qui s'accroît en outre des reliquats des exercices précédents, s'il y a lieu.

La caisse n'est responsable que jusqu'à épuisement de la quotité disponible.

S'il y a beaucoup de malades dans la même année, en cas d'insuffisance, elle sera partagée proportionnellement.

ART. 9.

Le bureau pourra avancer de l'argent aux malades jusqu'à concurrence de 5 fr. par jour dans le

cours de l'année, le reste leur sera payé à la fin de l'année lors du règlement général des comptes.

Art. 10.

Les dons volontaires et le 1/10e du capital annuel constituent le fonds de réserve; en cas de besoin *urgent*, le Bureau est autorisé à en dépenser le quart, en faveur d'un confrère malade; il en rendra compte en assemblée générale.

Art. 11.

Les sommes versées seront placées à la caisse d'épargne, les intérêts s'ajouteront aux fonds à distribuer.

Art. 12.

L'assurance n'est pas obligatoire pour les membres du Syndicat, mais il est indispensable d'en faire partie pour y avoir droit.

Art. 13.

Les changements dans les présents statuts et la dissolution ne pourront être prononcés que par une assemblée générale extraordinaire et aux 3/4 des voix.

Chaque membre aura droit aux sommes versées par lui; le surplus (s'il y en a) sera versé dans la caisse du Syndicat.

Art. 14.

La Société commencera à fonctionner le 1er octobre 1887 et à partir du 1er avril 1888, les membres fondateurs auront droit à l'indemnité.

Caisse des pensions de retraite

DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS.

Lecture de M. Lande, secrétaire général.

Deux mois à peine nous séparent de la fin de notre cinquième exercice, c'est à dire de la première *moitié de notre période d'organisation*; il m'a paru intéressant de vous fournir quelques renseignements d'ensemble sur notre situation actuelle et d'établir, par approximation, c'est vrai, mais avec le plus de rigueur possible, la marche de la caisse pendant les cinq premières années de son fonctionnement complet et régulier.

Nos recettes totales se sont élevées jusqu'à ce jour (25 octobre) à la somme de.................F.	178.977 45	
nos dépenses à..........	5,880 08	
notre fortune réelle est donc de..............		173,097 37
représentée par :		
valeurs en portefeuille...	163,180 40	
argent en caisse (en attendant emploi)...........	9.916 97	
Total égal.....		173,097 37

Ce capital a été constitué par les recettes annuelles.

En 1884.................F.	21.949 85	
En 1885.................	39,653 58	
En 1886.................	38,630 81	
En 1887.................	39,507 36	
En 1888 (25 octobre).....	39,235 85	
Total............		178,977 45
dont il faut déduire :		
Frais généraux........................		5,880 08
D'où avoir réel (au 25 octobre 88)..		173,097 37

Mais les rentrées de 1888 ne sont pas toutes effectuées et la recette de l'année sera au 31 décembre de 42,000 fr.

De plus, l'intérêt de nos valeurs, qui est actuellement de 6,146 fr. 90 c., va chaque année augmentant de 1,600 francs environ, ce qui permet de prévoir que notre fortune s'élèvera vraisemblablement au 31 décembre 1893, à la somme de 400,000 francs. Il suffit pour cela de maintenir simplement le chiffre de nos recettes (chapitre des cotisations) à son niveau actuel. Jusqu'à présent nous avons vu ce chiffre s'élever chaque année, nous parviendrons certainement à l'augmenter encore en recrutant quelques adhérents pour combler les vides et réparer les diminutions résultant de certains retards dans le versement de leur cotisation par des collègues momentanément gênés.

Notre première année de fonctionnement complet (1894) nous trouvera donc avec un capital de 400,000 fr. donnant, à très peu près, 15,000 francs de rente (nos fonds sont placés à 4 %) et des cotisations annuelles s'élevant au chiffre de 40,000 fr.

D'autre part, quelles seront nos charges?

Nos Statuts imposent aux adhérents l'obligation d'effectuer dix versements annuels au moins pour avoir droit à une pension; nous pouvons donc établir déjà la liste de nos pensionnés pour les années 1894 à 1898, seules les admissions effectuées d'ici le 1er janvier prochain pourraient modifier l'état de l'année 1898.

En faisant le relevé de nos livres, on trouve qu'en 1894, neuf adhérents arriveront à avoir droit à la pension, et que ces neuf pensions s'élèveront au chiffre total de 6,765 francs, ce qui provient de ce que bon nombre nombre d'adhérents n'ont pas souscrit pour la retraite totale type de 1,200 francs.

Voici, d'ailleurs, le relevé des pensions que nous aurons à servir pendant les années 1894-98 :

En 1894,	9 adhérents seront pensionnés pour une somme totale de.	6.765 »
En 1895,	13 — — .	8,225 50
En 1896,	4 — — .	2,176 »
En 1897,	4 — — .	3.429 »
En 1898,	1 — — .	600 »

Nos charges seront donc pour ces cinq années :

En 1894............................	6,765 »
En 1895............................	14,990 50
En 1896............................	17,166 50
En 1897............................	20,595 50
En 1898............................	21,195 50

Voyons maintenant comment nous y ferons face et ce que deviendra l'excédent de nos ressources.

Pour 1894, nous avons :

Capital inaliénable..................F.		400.000
Recettes (cotisations)..........F.	40,000	
Intérêts (sur 400,000 fr.).........	16,000	
Total......		56,000 »
Dépenses (9 pensions au total).........		6,755 »
Excédent...........		49,235 »

Au lieu de 49,235 francs, je prends le chiffre rond de 48,000 francs. Cette somme devra, en vertu des Statuts (art. 23), être répartie par tiers (16,000 fr.) entre le capital inaliénable, la réserve et la Caisse auxiliaire.

En calculant de même on obtient,

Pour 1895 :

Capital inaliénable.............. F.		416,000 »
Recettes (cotisations)........F.	40,000	
Intérêts (sur 448,000 fr.)......	18,000	
Total. ——		58,000 »
Dépenses (22 pensions au total)......		14,990 50
Excédent..........F.		43,010 50

Soit, en chiffres ronds, 42,000 francs à répartir par tiers (14,000 fr.) comme ci-dessus.

En 1896 :

Capital inaliénable..........F.		440,000 »
Recettes (cotisations).......F.	40,000	
Intérêts (sur 490,000 fr.).......	20,000	
Total..........	———	60,000 50
Dépenses (26 pensions au total)........		17,166 50
Excédent..........F.		42,833 50

Soit encore 42,000 fr. à répartir par tiers (14,000 fr.).

En 1897 :

Capital inaliénable..........F.		454,000 »
Recettes (cotisations).......F.	40,000	
Intérêts (sur 530,000 fr.).......	21,000	
Total..........	———	61,000 »
Dépenses (30 pensions au total)........		20,595 50
Excédent..........		40,404 50

Soit 39,000 francs au moins à répartir par tiers (13,000 fr.).

En 1898 :

Capital inaliénable..........F.		467,000 »
Recettes (cotisations).......F.	40,000	
Intérêts (sur 570,000 fr.).......	22,000	
Total..........	———	62,000 »
Dépenses (31 pensions au total)........		21,195 50
Excédent..........		40,804 50

Soit encore 39,000 francs au moins à répartir par tiers, ce qui donne :

Pour le capital inaliénable...... F. 480,000 »

Pour la Caisse auxiliaire,
(16,000 + 14,000 + 14,000 + 13,000 + 13,000) = 60,000 »

Pour la réserve,
(16,000 + 14,000 + 14,000 + 13,000 + 13,000) = 60,000 »

Mais les Statuts prévoyant que cette réserve ne peut s'élever au-dessus de 50,000 francs et que, passé ce chiffre, le surplus doit être attribué au capital inaliénable (art. 23, § 4), la situation sera :

Capital inaliénable.......... F.	490,000 »
Réserve..........................	50,000 »
Caisse auxiliaire..................	60,000 »

(sauf pour cette dernière, en recette, les dons non prévus et ayant affectation spéciale et, en dépense, les allocations et secours qui pourront être votés en conformité des Statuts).

Ce qui donne une fortune totale de 600,000 francs au moins.

Les calculs que je viens de vous soumettre ne sont évidemment qu'approximatifs. D'une part, j'ai pris un chiffre constant pour les recettes et un chiffre minimum pour les intérêts annuels, et j'ai supposé que tous nos futurs pensionnés vivraient — ce que nous souhaitons tous — jusqu'en 1898 au moins ; d'autre part, je n'ai pas tenu compte de ce que les recettes étaient chaque année diminuées des cotisations des adhérents arrivant à l'âge de la pension ; mais ce chiffre ne s'élève, en 1898, qu'à une somme totale de moins de 9,000 francs. Pour l'ensemble des cinq années, il y aurait une diminution totale de 44,000 francs, ce qui ferait ressortir notre avoir à plus de 550,000 francs à la fin du cinquième exercice.

Il y a tout lieu de croire que des adhésions nouvelles combleront ce déficit et viendront même accroître considérablement le chiffre annuel des cotisations ; le service régulier à leur taux intégral des pensions promises, la constitution d'une réserve de 50,000 francs, et enfin l'affectation d'une somme de 60,000 francs à la Caisse auxiliaire destinée à venir en aide aux veuves et aux orphelins suffiront, sans doute, pour prouver à nos confrères la solidité et l'avantage de notre œuvre d'assistance mutuelle. (*Applaudissements répétés*).

TOASTS PRONONCÉS AU BANQUET

Toast du Directeur du « Concours ».

Messieurs,

Je bois à la santé des membres du *Concours médical* qui n'ont pu assister à notre banquet ; à nos invités et à vous tous, Messieurs.

Toast du Dr Leroy, président de l'Union

Je bois au succès de nos Syndicats médicaux, à ces associations si puissantes aujourd'hui, si faibles, si calomniées à leur début. Un homme énergique qui ne se laissait arrêter ni décourager par aucune difficulté, aucun échec a pu seul rapprocher les membres divisés du corps médical, j'ai vécu dans un temps où un médecin avait toujours autant d'ennemis que de voisins. Notre réunion montre bien quel progrès s'est fait dans les relations confraternelles. L'homme qui a accompli cette œuvre au prix de si grands efforts vous l'avez tous nommé, c'est le Dr Cézilly.

Avouons cependant qu'il a eu la main heureuse en associant à son œuvre des confrères qui ouvriers de la première heure en restent aujourd'hui le plus ferme soutien : M. Barat-Dulaurier, notre secrétaire perpétuel et indispensable ; messieurs Gibert et Margueritte, du Havre ; le Dr Lande, le Dr Gassot et tant d'autres que vous connaissez trop bien pour qu'il soit nécessaire de les énumérer. Je dois cependant ne pas oublier les jeunes, les studieux du comité de rédaction dont les travaux scientifiques sont lus par nous chaque semaine avec tant de plaisir ; par un travail long et difficile, ils butinent dans les journaux, les brochures, les livres, tout ce qu'ils contiennent d'utile, et avec l'ordre et la méthode que vous connaissez, ils nous présentent les progrès de la science tout préparés pour la pratique. J'adresserai en votre nom nos sincères remerciments à MM. Le Gendre, Barette et Lepage.

Le Dr Cézilly a porté un toast à nos confrères du Concours et des Syndicats présents ou absents, permettez-moi d'y joindre nos confrères que la défiance a tenu jusqu'à ce jour en dehors de nos associations ; j'espère que cette défiance disparaîtra quand nous serons tous réunis dans le congrès de 1889 ; nous montrerons qu'on n'aliène pas sa liberté légitime en entrant dans nos Syndicats, et qu'au milieu des luttes si ardentes de notre temps, ils font œuvre éminemment utile de défense professionnelle et de bonne confraternité. (Applaudissements.)

Toast de M. le Dr Chevandier

Mes chers confrères,

Je demande la permission à mes collègues du Parlement de me lever le premier pour répondre à la santé qui vient de nous être si gracieusement portée par notre honorable président. C'est là une prérogative peu enviable parce qu'elle est celle de l'âge.

Oui, nous sommes très sensibles au cordial accueil que vous nous ménagez ici chaque année, en échan-

ge duquel nous ne pouvons vous offrir, avec nos remerciements, que l'expression de notre dévouement aux causes que vous servez

Il en est une dont je me suis très longtemps fait le champion. En entrant tout à l'heure dans la salle de nos délibérations, j'ai été interrogé de la voix et des yeux sur le sort réservé à notre proposition de loi relative à l'exercice de la médecine.

C'est le lieu et le moment de répondre. J'ai beau vieillir, je n'ai pas soufflé sur l'illusion. J'avais espéré qu'au cours de cette année notre projet de loi serait en délibération devant la Chambre. Hélas ! je n'ose plus y compter.

Est-ce à dire qu'il ait sombré comme tant d'autres, victime de nos agitations parlementaires ? Non, certes ; et s'il n'était pas trop prétentieux de lui appliquer la devise des armes de la Ville de Paris, je dirais de lui : *fluctuat nec mergitur*.

Il navigue entre deux écueils. Récemment il a failli disparaître de notre ordre du jour. J'ai réclamé que la place qui lui avait été assignée lui fût maintenue. Toute décision était ajournée lorsque M. Camélinat est devenu l'auxiliaire de tous ceux qui voulaient ne point perdre leur rang dans l'ordre de nos délibérations. Il a demandé le maintien de l'ancien ordre du jour, et l'a obtenu.

Notre projet, je dis notre, ne voulant jamais oublier que c'est dans les bureaux du *Concours Médical* qu'il a été délibéré, occupe donc son rang d'avant les vacances, c'est-à-dire le huitième sur soixante, en dehors de la discussion du budget.

Mais voici qu'un autre péril nous menace. Un jeune député a fait une proposition tendant à faire une sélection parmi toutes celles inscrites à l'ordre du jour, avec la résolution de n'y maintenir que les plus urgentes et d'un intérêt politique éminent.

La commission a confirmé, sans essayer de la justifier, l'élimination dont nous avons été l'objet, comme tant d'autres.

Quand la Chambre aura à juger cette proposition, je demanderai à mes deux honorables collègues de vouloir bien nous prêter l'appui de la haute autorité attachée à leur talent et à la considération dont ils jouissent.

Que s'il arrivait, par impossible, que même avec leur concours, notre proposition fût définitivement éliminée, tout ne serait pas encore perdu.

Vous le voyez, messieurs, je ne lâche pas facilement prise. Tout à l'heure on rendait hommage à la foi robuste qui a soutenu notre président, M. le Dr Cézilly, dans son œuvre de solidarité médicale. Vous avez tous la charité, la vertu courante des médecins. Permettez-moi de vous convier à garder avec moi l'espérance.

Muni des trois vertus théologales, nous vaincrons.

Le premier effet de la proposition de revision de l'antique loi du 19 ventôse an XI a été de faire naître un projet ministériel. Celui-ci peut nous garantir la pérennité.

Notre commission a mis sa proposition au bout de celle du ministre, insubmersible. Ce sera le salut ; *fluctuat nec mergitur*, voilà notre devise justifiée.

Echapper à la caducité, c'est quelque chose ; aussi je lève mon verre et je vous convie à boire avec moi le vin généreux de l'espérance. (Applaudissements unanimes.)

Toast de M. Jules Steeg.

Mon excellent collègue et ami M. le docteur Chevandier n'a pas eu tort de compter sur notre sympathie et sur notre concours relativement au projet de loi sur la médecine dont il est l'auteur. Il va sans dire que nous nous réservons de l'examiner avec soin, désireux de ne rien voter en aveugle. Et ce n'est pas vous, Messieurs, qui nous en ferez un reproche, car si le libre examen a quelque part son lieu de refuge et d'élection, c'est bien dans vos rangs.

Il est une autre qualité qu'on ne saurait trop relever à la louange de votre corporation : c'est l'esprit de solidarité. En effet, vous vous montrez solidaires de toute l'humanité par vos actes de bienfaisance et de dévouement. Tout ce qui souffre peut vous adresser un appel : dès qu'un être est malade, il n'est plus un étranger pour vous. Vous accourez à sa plainte. Riche ou pauvre, le vieillard qui va sortir de la vie, ou l'enfant qui y entre, celui qu'on honore ou celui que les passants fouleraient aux pieds, vous vous penchez sur lui, vous lui prodiguez les trésors de votre temps, de votre science, de votre activité, il est membre de la famille humaine, il souffre : cela vous suffit.

Cela étant, comment n'éprouveriez-vous pas aussi à un haut degré ce sentiment de la solidarité professionnelle ? Un de mes voisins me disait qu'il y a vingt-cinq ou trente ans, on n'aurait pu espérer réunir une belle assemblée comme celle de ce soir. Les divisions, les préoccupations de la concurrence l'emportaient sur le reste. Cet état d'esprit a heureusement disparu. Vous avez compris l'utilité, la beauté, la nécessité du rapprochement et de l'union; vos intérêts sont solidaires et non pas opposés ; vos études, vos soucis, vos occupations, tout vous rapproche et tend à vous unir fraternellement. De toute part on voit naître et prospérer les associations médicales, les syndicats médicaux, et je m'en félicite. Tout ce qui peut vous alléger la tâche, faciliter votre vie, étendre votre influence est un bien.

Car cette influence, vous la faites servir au soulagement de l'humanité, au développement des institutions et des idées de progrès, de lumière, de justice et de fraternité.

Je lève mon verre en l'honneur de vos vertus professionnelles, à votre esprit d'humanité et de solidarité ! (Applaudissements répétés.)

Toast de M. Lasalle.

Messieurs,

J'ai entendu tout à l'heure avec un vif plaisir les éloges qui ont été adressés au Corps médical en un langage aussi cordial qu'éloquent.

Je remercie bien sincèrement M. Steeg, mon éminent compatriote, de vouloir bien reconnaître et apprécier notre mérite, notre dévouement et nos services. Mais qu'il me permette de lui dire que je le remercierai bien davantage lorsqu'il se sera fait au Parlement l'interprète et le défenseur de nos légitimes revendications.

N'est-il pas étrange, en vérité, Messieurs, de voir, après tant d'améliorations, tant de progrès accomplis un peu partout, de voir, dis-je, notre corporation encore régie par une législation caduque et dérisoire ?

N'est-il pas étrange de voir le médecin, dont on n'ose contester ni l'honorabilité ni le savoir, réduit à un rôle à peu près négatif quand la santé publique est menacée, et obligé de céder le pas, même sur son propre terrain, à des intrus incompétents ainsi que nous le démontrait, il y a quelques heures, avec tant d'à propos notre spirituel confrère Gibert, du Havre ?

Enfin n'est-il pas déplorable et révoltant d'assis-

ter, après les merveilleuses conquêtes de la science médicale et chirurgicale, d'assister, dis-je, au développement véritablement effrayant de l'exercice illégal, du charlatanisme sous toutes les formes, c'est-à-dire de cette exploitation scandaleuse de l'ignorance et de la crédulité publiques !

Nos hommes publics devraient pourtant comprendre qu'en combattant le charlatanisme, nous poursuivons moins un intérêt professionnel qu'un intérêt social, car, comme on l'a souvent répété, si les médecins souffrent de l'exercice illégal, les malades en meurent ; et j'estime que les représentants d'une démocratie ne devraient pas oublier que c'est le peuple, que ce sont les classes pauvres qui font à peu près tous les frais de cette exploitation éhontée et toujours impunie.

Il est vrai, mes chers confrères, que les pouvoirs publics sont tellement absorbés par l'étude de questions sérieuses, graves, pratiques, qu'ils n'ont guère le temps de s'occuper de nous ni de cette chose insignifiante et négligeable qui s'appelle la santé publique... : Certes, Messieurs, je n'ai pas besoin de vous dire que ces paroles, dont vous avez souligné l'ironie, ne peuvent s'adresser aux éminents députés assis à cette table, à ces hommes consciencieux et dignes dont nous avons apprécié depuis longtemps le bon sens, le jugement éclairé et le dévouement.

Nos protestations s'adressent, vous l'avez compris, Messieurs, à ces représentants du pays ou de l'autorité qui, au lieu de s'inspirer dans leurs votes ou leurs actes de leur conscience et de leur patriotisme, vont chaque jour demander le mot d'ordre à quelque vil pamphlétaire et n'hésitent pas à sacrifier l'intérêt public à de misérables calculs d'ambition et de popularité malsaine. (Applaudissements.)

Messieurs, je vous remercie de vos applaudissements qui, en m'interrompant, m'arrêtent sur une pente glissante. Pardonnez-moi cette digression que je regrette moi-même, quoique après tout j'estime que toutes les occasions sont bonnes pour flétrir les actions mauvaises et les lâchetés publiques.

Je reviens, mes chers collègues, à la situation déplorable imposée encore à l'heure actuelle à la médecine française.

Et je vous dis : Voulez-vous, oui ou non, voir enfin cesser cet état de choses ? Voulez-vous voir triompher vos justes revendications ? Eh ! bien, adoptez le système que je vous recommandais dans notre réunion de tantôt.

Agitez-vous ! Imitons l'exemple de tant d'autres corporations ; remuons-nous ; crions, crions fort. Sollicitons énergiquement les hommes publics qui sont autour de nous ; sachons utiliser les influences et les concours sympathiques qui nous sont offerts ou promis. Mais, tout en faisant quelque fonds sur le concours bienveillant ou forcé d'autrui, habituons-nous, mes chers confrères, à compter surtout sur nous-mêmes, sur notre union, sur notre esprit de solidarité, sur la puissance de nos Associations.

Groupons-nous, serrons-nous de plus en plus autour de ces confrères vaillants qui, comme notre ami Cézilly, ont bien voulu prendre en main le drapeau de nos revendications et se dévouent avec une ardeur infatigable à la défense de nos intérêts professionnels.

C'est dans ces sentiments que je lève mon verre et que je vous invite à boire avec moi.

A l'Union ! à la fraternité médicale ! (Applaudissements.)

Toast de M. Barat-Dulaurier.

Monsieur le président de l'Union,

Messieurs et chers confrères,

Au nom des collaborateurs de Monsieur Cézilly, dont vous avez bien voulu porter la santé, permettez-moi de vous adresser nos sincères remerciments ; mais, en même temps permettez-moi aussi de compléter votre pensée — la pensée de tous — en associant aux noms que vous avez prononcés ceux de confrères éminents dont les travaux ont puissamment contribué au succès et à la vulgarisation de l'œuvre de notre bien aimé directeur.

Je bois à M. Marguerittе, le père des Syndicats, qu'une indisposition a retenu loin de nous ; — à M. Gibert, le premier Président de l'Union ; — à mon excellent ami, M. Lande, dont le dévouement et le zèle ont tant contribué à la création de la CAISSE DES PENSIONS DE RETRAITE DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS, cette œuvre dont on vous a fait connaître la situation prospère, il n'y a qu'un instant, et qui, dans l'avenir, est appelée à rendre de si grands services ; — à tous ceux enfin qui ont contribué au succès du CONCOURS et de ses œuvres et qui sont bien résolus à continuer à notre cher directeur leur appui dévoué pour mener à bonne fin son œuvre vraiment confraternelle. (Applaudissements).

Toast de M. Mérillon, député

Messieurs,

Je rends hommage à l'influence, méritée par tant de services que rendent tous les médecins dans la région où ils pratiquent ; leur appui et leur concours sont grandement nécessaires aux hommes politiques. Ils peuvent en conséquence leur demander de ne point négliger leurs légitimes réclamations. Le corps médical est largement représenté aux Chambres et il y jouit d'une grande autorité, non seulement par le nombre, mais encore par la valeur de ses représentants. Il ne serait pas juste, d'ailleurs, de considérer votre profession comme abandonnée, sacrifiée. Dans la nouvelle loi militaire, notamment, les médecins sont seuls à jouir d'une situation exceptionnelle.

Seuls, les médecins, après avoir obtenu un sursis assez long pour terminer leurs études, sont incorporés comme aides des médecins des corps ou des hôpitaux. Ils sont renvoyés, après un an de service, comme aides-majors de réserve.

Sans doute, cette exception est légitime ! les médecins sont des soldats toujours en guerre, sur le champ de bataille de la vie, luttant contre les maladies plus meurtrières que les balles et les obus, au prix de leur existence. Sans *doute aussi*, leur rôle militaire, en temps de guerre, doit être largement assuré, en temps de paix ; mais il faut savoir gré à une Chambre avide d'égalité d'avoir compris cette nécessité.

J'en conclus, Messieurs, que votre profession — comptant au Parlement nombre de défenseurs et d'amis, peut être assurée du succès définitif de ses revendications légitimes.

Le corps medical français est digne d'occuper une place à part, par sa science et son dévouement. Son désintéressement est l'apanage précieux des professions libérales françaises. Je lève mon verre à vos succès, Messieurs, et à vos victoires sur vos concurrents étrangers. (Applaudissements).

Toast de M. le Dr Maurat.

Messieurs.

En ma double qualité de membre du conseil de direction du Concours et du Comité directeur de

notre Caisse des pensions, je porte un toast aux conseils judiciaires de ces deux sociétés et à celui de l'Union des Syndicats

(Applaudissements).

Toast de M. Gassot.

Messieurs,

On vient de nous dire que nous étions largement représentés dans les Chambres; la chose est exacte, mais nos intérêts n'en sont pas mieux défendus pour cela. Dès qu'un de nos confrères est élu sénateur ou député, il semble s'appliquer à oublier qu'il est médecin, et aux reproches que nous pouvons lui adresser, il répond par des paroles évasives. Quand nous avons mis à l'étude la revision de la législation médicale, nous avons convoqué tous les médecins législateurs, nous les avons tous sans exception invités à se joindre à nous : or, savez-vous combien ont répondu à notre appel ? — Un seul.

Un seul est venu travailler avec nous, un seul s'est fait le défenseur de nos intérêts : mais du moins il ne nous a jamais oubliés et jamais il n'a désespéré : c'est Monsieur le docteur Chevandier que nous avions le plaisir d'entendre il y a un instant.

Je vous propose, Messieurs, de boire à la santé du docteur Chevandier. (Applaudissements unanimes.)

Toast de M. le Dr Gibert.

Messieurs,

Un grand événement scientifique se prépare : l'inauguration de l'Institut Pasteur. C'est la première fois qu'en France on a vu se produire un mouvement aussi important en faveur d'une œuvre scientifique.

Je pense qu'il est bon que nos syndicats médicaux qui représentent la médecine de province, soient eux-mêmes représentés le jour de l'inauguration. Je vous demande de charger le bureau de l'Union des Syndicats de porter à notre illustre concitoyen le tribut de nos félicitations enthousiastes, car n'oublions pas que, longtemps après qu'on aura cessé de dire que le XIXe siècle est le siècle de Napoléon, on dira qu'il est celui de Pasteur. Je bois à M. Pasteur (1). (Applaudissements répétés.)

Toast de M. Chaumeton

Président de l'association des Etudiants de Paris.

Messieurs,

Je vous remercie sincèrement d'avoir convié à votre réunion, un représentant de l'association des Etudiants de Paris. Je ne vous cacherai pas que je suis venu ici avec la ferme intention de faire de la réclame pour nos associations d'Etudiants ! Votre président vous disait tout à l'heure que la création d'Unions médicales dans les départements avait puissamment contribué à développer entre confrères des liens de solidarité et d'amitié. Vous devez faire plus et venir en aide à vos futurs confrères les étudiants en médecine.

Vous pouvez et vous devez apporter aux associations d'Etudiants, un appui moral et un appui matériel:

Appui moral : en organisant au siège de chaque association une conférence pratique faite aux étudiants de dernière année, à ceux qui l'année suivante seront appelés à vous faire concurrence, pour les initier aux devoirs professionnels qu'ils auront à remplir et les aider à vaincre les difficultés qu'ils rencontreront au début d'une carrière aussi délicate.

Appui matériel : en ajoutant à votre inscription de membre honoraire une cotisation annuelle, en contribuant de vos deniers au développement de nos associations.

Quels seront les avantages que vous trouverez en retour? Aucun — si ce n'est le plaisir de nous être utiles et de nous aider dans notre tâche.

On nous disait tout à l'heure que l'on ne faisait jamais appel en vain à votre dévouement, aussi suis-je persuadé qu'un grand nombre d'entre vous suivront les bons conseils que je me suis permis de leur donner. (Applaudissements).

(1) Le vœu de M. Gibert a été transmis à M. Pasteur, qui a adressé à MM. Leroy et Cézilly une invitation spéciale à l'inauguration de l'Institut. Elle a eu lieu le mercredi 14 novembre, à 1 heure, 23, rue Dutot. (Voir plus haut : Semaine médicale.)

Toast du Directeur

Messieurs,

Permettez-moi de me lever de nouveau pour porter un toast au Président de l'Association des Etudiants, M. Chaumeton. Il a pu constater, en assistant à notre assemblée, que nous discutons les intérêts du corps médical, au bénéfice des Etudiants en médecine qui nous remplaceront dans la carrière, que nous travaillons pour eux, aussi bien que pour nous. Je tenais à lui souhaiter la bienvenue et à lui dire que nous sommes à sa disposition pour confier à l'un de nous la mission d'aller, deux ou trois fois par an, faire aux étudiants une conférence sur leurs devoirs, source de leurs droits.

Je bois à la prospérité de l'association générale des Etudiants de France. (Applaudissements.)

Rectification au procès-verbal de l'Assemblée

Nous nous empressons de reproduire la lettre suivante :

Monsieur le Rédacteur,

Dans votre compte-rendu de la séance générale de l'*Union des Syndicats*, vous consacrez quelques alinéas à notre discussion sur l'organisation de *l'hygiène publique*. Vous voudrez bien ajouter ceci :

L'autonomie de la direction et de l'administration de l'hygiène publique n'existe pas en France ; elle est absolument nécessaire.

Tous les médecins devraient la réclamer dans un intérêt patriotique. Que cette autonomie, que cette direction restent au Commerce ou ailleurs à l'Intérieur, peu importe, pourvu qu'il y ait une organisation active, un budget, des fonds et au besoin la force publique pour faire plier les résistances.

Dr Gibert.

D'autre part, nous rectifions quelques passages de la discussion relative au vœu à émettre pour la *création d'un ministère ou d'une direction de la santé publique*.

C'est M. le Dr *Lasalle* (de Larmont), qui a formulé deux conclusions : 1° *création d'une direction de la santé publique, direction unique, rattachée à un seul ministère.*

2° *Hâter cette création en faisant une agitation par publications, conférences*, etc.... C'est cette deuxième conclusion qui a été votée et a été accueillie avec faveur (tandis que le procès-verbal mentionne des protestations). Un grand nombre de membres ont témoigné à M. Lasalle leur chaleureuse approbation.

A. C.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise).— Imp. DAIX frères, place St-André, 3.
Maison spéciale pour journaux et revues.

Dixième année N° 48 1er Décembre 1888

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE

L'entéroptose et son traitement.

M. *Féréol*, qui avait lu précédemment à la Société médicale des hôpitaux un rapport sur un travail de M. Frantz Glénard (de Lyon), intitulé *Entéroptose et neurasthénie*, vient de compléter ce rapport par une déposition favorable en faveur des bons résultats obtenus dans certains cas par la thérapeutique du médecin lyonnais.

Suivant M. Glénard, bon nombre d'états morbides mal définis et classés sous les rubriques de neurasthénie, dyspepsie intestinale, cachexie cérébro-cardiaque, vertige stomacal, etc., découlent d'une perturbation dans la statique intestinale. Par suite de l'abaissement du coude droit et de la partie transverse du côlon, qui vient se placer en écharpe en travers de l'abdomen (corde colique), l'estomac s'abaisse aussi comme le reste de la masse intestinale (gastroptose et entéroptose). L'artère mésentérique tiraillée par le paquet intestinal forme une bride qui aplatit le duodénum et amène secondairement la dilatation de l'estomac avec toutes ses conséquences réflexes ou toxiques sous forme de retentissement sur le système nerveux, le cœur, les poumons et la nutrition générale. La congestion du foie et de la rate et surtout l'abaissement du rein (néphroptose) sont aussi des conséquences de la ptose de l'intestin auxquelles se joignent quelquefois des déviations utérines.

Les bases du traitement sont :

1° Un régime alimentaire contre les troubles digestifs, du bicarbonate de soude à doses assez élevées et 5 à 10 grammes de sulfate de soude chaque jour pendant longtemps ;

2° L'usage constant d'une ceinture ou sangle munie de pelotes pour obvier aux déplacements intestinaux.

La constatation de la néphroptose s'obtient par une méthode d'exploration minutieuse dont les divers temps ont été décorés par l'auteur de noms expressifs et cynégétiques (affût, capture, échappement). Toutes les fois que l'on est en présence de sujets atteints de symptômes de neurasthénie, on doit rechercher les signes de l'entéroptose, dont deux seraient très importants : 1° intolérance pour le lait que le malade digère toujours mal, même quand il n'éprouve pas de répugnance pour cet aliment ; 2° le réveil avec un malaise particulier de 2 à 4 h. du matin avec une insomnie qui dure deux ou trois heures.

Beaucoup de malades accusent aussi une sensation de poids et de tiraillement quand ils se lèvent, avec vertiges et menaces de syncope quand ils se tournent sur le côté droit. On peut *quelquefois les* soulager instantanément en soulevant leur masse intestinale avec les deux mains, et faire reparaître à volonté tous les malaises en laissant retomber les viscères. Ce signe, qui est caractéristique quand il existe, n'est malheureusement pas constant.

L'entéroptose découlerait 60 fois sur 100 d'un accouchement antérieur ayant amené la laxité des parois, et dans les autres cas d'une maladie chronique quelconque avec dénutrition.

La dilatation de l'estomac que l'entéroptose produit toujours au bout d'un certain temps, serait, d'après M. Glénard, la même maladie que celle dont M. Bouchard nous a enseigné l'importance et les conséquences.

M. Féréol estime que la conception de M. Bouchard est plus ample que celle de M. Glénard ; ce que le professeur de Paris a décrit sous le nom de forme latente de la dilatation gastrique, forme de

beaucoup la plus fréquente, puisqu'elle existe dans les 2/3 des cas, est évidemment distincte de l'entéroptose de Glénard ; peut-être les formes dyspeptique, hépatique, rénale et cardiaque, admises par M. Bouchard se confondent-elles avec l'entéroptose.

Quoi qu'il en soit des interprétations étiologiques et pathogéniques. au point de vue clinique et thérapeutique, M. Féréol rend hommage à certains résultats remarquables qu'il a obtenus depuis deux ans en appliquant le traitement de M. Glénard. Il pourrait citer trois cas absolument démonstratifs en sa faveur, notamment celui d'une malade qui, depuis vingt-six ans, avait été soignée par un nombre considérable de médecins français et étrangers et par M. Féréol lui-même sans aucun succès jusqu'au jour où le traitement de Glénard lui fut appliqué.

Ce traitement ne réussit qu'à la condition d'être suivi rigoureusement et avec persévérance. Ce n'est pas toujours facile à obtenir malheureusement, surtout en ce qui concerne le port de la ceinture. Celle-ci, dont le rôle est capital, doit consister en une sangle qui passe sur les os iliaques en y prenant son point d'appui. En outre, pour relever les viscères, elle doit être munie, au niveau du bas-ventre, de pelotes de formes et de grosseurs variées, qui montées sur une armature métallique s'enfoncent plus ou moins dans la cavité pelvienne. M. Féréol ne dissimule pas que l'ingéniosité des médecins et des fabricants d'appareils a fort affaire pour arriver à sangler comme il faut les ventres très maigres et les ventres très volumineux. Quelques malades sont d'ailleurs absolument rebelles à l'application du bandage et d'autres ne consentent pas à suivre le régime avec assez de continuité et de rigueur ; les échecs sont inévitables en bien des cas; mais souvent aussi on peut réussir à soulager beaucoup, sinon à guérir.

M. *Guyot* fait une réserve au sujet de la valeur étiologique de la déviation transverse du côlon, dont M. Glénard fait découler tout l'enchaînement morbide. M. Farabeuf la décrit comme fréquente, notamment chez le fœtus ; peut-être est-ce une disposition anatomique normale. Il a constaté comme M. Glénard l'association fréquente de la néphroptose et de l'entéroptose.

La sangle à pelotes est certainement la partie capitale du traitement ; malheureusement elle n'est pas toujours tolérée.

M. *Siredey* ne peut s'empêcher de remarquer que presque tous les malades en question sont des névropathes et il faudrait savoir si leurs guérisons seront définitives.

M. *Féréol* a souvent fait lui-même cette objection à M. Glénard. Mais il doit reconnaître que l'on voit souvent, et M. Guyot l'a constaté avec lui, tous les phénomènes nerveux disparaître par le traitement de M. Glénard. Le temps seul permettra évidemment de savoir si la guérison est définitive.

Curabilité de la cirrhose alcoolique.

M. *Millard* a présenté à la Société des hôpitaux trois malades de 55, 53 et 44 ans guéris de cirrhose alcoolique. Il rappelle que la question de la curabilité de la cirrhose a été posée pour la première fois ici par M. Troisier le 9 juillet 1886.

Chez les 3 malades il existait de l'alcoolisme, aucun n'avait ni syphilis, ni impaludisme ni albuminurie. L'un a subi 6 ponctions qui ont retiré 102 litres de liquide ; un autre n'a été ponctionné qu'une fois, le troisième n'a pas eu besoin de ponctions.

Tous trois ont été soumis au même traitement : régime lacté d'abord exclusif, puis complété par les féculents ; abstinence complète de vin et de toute boisson fermentée, même de vins médicamenteux au quinquina ou vins diurétiques ; une fois par semaine purgation avec 15 gr. d'eau-de-vie allemande, ou 1 gr. de scammonée ; ou même avec

FEUILLETON

La légende du vieux médecin.

N'épousez jamais une veuve quand vous pouvez faire autrement ! Le premier mari n'a pas tardé ou ne tardera pas à devenir un personnage légendaire ; et ses tares, aussi bien que ses qualités, risquent d'être invoqués plus d'une fois pour mettre en relief vos imperfections.

Comptez là-dessus.

En entrant dans la carrière, quand j'ai pris à Margevelle, il y a deux ans, la succession du vieux Nicolet, c'est comme si j'avais épousé sa veuve ; parce que la clientèle d'un médecin peut être considérée comme une femme légitime avec laquelle il contracte mariage ; — femme acariâtre le plus souvent ; mais quelquefois bonne et dévouée ! — Après cela, vous savez, une femme, comme une clientèle, a besoin aussi d'être façonnée. On n'a souvent que la clientèle qu'on mérite...

Bref, la clientèle du vieux Nicolet le regrette, ou elle fait semblant de le regretter beaucoup. Elle ne manque jamais de faire des comparaisons peu bienveillantes pour votre serviteur, mais en revanche tout à l'avantage du défunt qui est un personnage à présent légendaire. Elle le cite comme un modèle à suivre, en vantant naturellement son savoir faire et ses vertus.

Vous allez entendre.

*
* *

On n'imagine pas les ennuis sans nombre que m'ont déjà causés les comparaisons saugrenues, dont sa manière et la mienne ont été jusqu'ici l'objet.

Si j'ai à traiter quelque typhique ou quelque goutteux dans ses crises, si je surveille avec attention la marche de la maladie, résolu à ne pas agir en aventurier, mais à attendre les indications de pied ferme, afin de ne rien compromettre, ce que tout honnête médecin doit faire : *Ah ! Ah !* dit-on, *le vieux Nicolet était énergique, lui ! Il ne laissait pas enguer* (aggraver ou augmenter) *le mal. Il savait tout de suite y apporter le remède qu'il fallait. Vous souvenez-vous comme il a coupé recta*

l'huile de ricin, si le malade est trop hémorrhoïdaire pour supporter les drastiques ; ponctions, dès qu'il y a indication ; usage quotidien de la potion suivante prise en 4 ou 5 fois :

Baies de genièvre, 10 gr.
Faites infuser dans eau bouillante 200 gr.
Ajoutez :
Nitrate et acétate de potasse } àà 2 gr.
Oxymel scillitique 30 gr.
Sirop des cinq racines 35 gr.

Chez deux de ces trois malades la tuméfaction du foie est encore très appréciable ; mais chez tous l'ascite a disparu et la santé générale est de tous points excellente après avoir été on ne peut plus compromise.

On peut supposer avec M. Troisier que dans ces cas de guérison l'hépatite alcoolique n'avait pas dépassé la première phase caractérisée par la prolifération des cellules embryonnaires, qui ont subi un processus de résolution et de régression au lieu d'évoluer dans le sens de l'organisation définitive en tissu fibreux. La guérison ne peut être maintenue que si les habitudes alcooliques ne sont pas reprises.

Il est préférable de pratiquer la ponction d'assez bonne heure pour favoriser l'effet diurétique du lait et des médicaments. Le lait, pur ou coupé d'une eau de table, doit être conservé comme boisson exclusive même quand on a pu lui associer des féculents, du pain, du fromage frais, des huitres, du poisson ; il faut au besoin dire au malade, s'il se montre récalcitrant, comme fit Chrétien (de Montpellier) : « Le lait ou la mort ! »

Quant à l'iodure de potassium et à l'hydrothérapie, préconisés par M. Lancereaux (Académie, 30 août 1887), M. Millard ne croît à l'utilité du premier qu'en cas de cirrhose syphilitique à la dose de 6 et 8 grammes concurremment avec les frictions mercurielles, et la seconde ne trouve son indication que dans la période de convalescence, si la malade reste pâle et anémique, au même titre que les ferrugineux, arsenicaux, bains fortifiants, sulfureux et salins.

Nouveau procédé d'application du chlorure de méthyle (1).

M. *Bardet* a dit à la Société de thérapeutique (14 novembre) qu'il était parvenu, en recouvrant la peau d'une couche de glycérine sur toute la surface qu'il s'agit de révulser, à surveiller l'action du chlorure de méthyle et à la limiter aussi facilement qu'avec le tampon-stype de M. Bailly (de Chambly) dont nos lecteurs connaissent le maniement.

Il suffit de passer deux ou trois fois rapidement le jet sur la glycérine. Le chlorure de méthyle est d'abord absorbé par la glycérine et le malade ne sent pas immédiatement la brûlure On voit la glycérine se prendre en glace, grâce à l'eau qu'elle renferme et qu'elle condense. C'est alors seulement que le sujet éprouve une vive cuisson qui se prolonge plus longtemps qu'avec la pulvérisation ordinaire. Grâce à cette durée relativement longue de la révulsion, il est possible d'enlever, avec une compresse et un peu de ouate, les parties du mélange réfrigérant qui débordent la région à révulser.

En opérant ainsi, on évite toute chance d'eschare, et on peut limiter exactement l'action à une partie donnée : de plus, lorsqu'on opère sur des peaux très fines, on peut arrêter la révulsion sans la pousser au maximum, en enlevant d'un seul coup tout le liquide à l'aide d'une serviette.

Intoxication par l'atropine ; question de responsabilité pour le médecin et le pharmacien (2).

M. *Pouchet* a été appelé à se prononcer dans une expertise relative à un cas d'empoisonnement

(1) Société thérapeutique, 14 novembre.
(2) Société de médecine légale, 12 novembre.

la *fièvre muqueuse au cantonnier ? Ç'a été l'affaire de quelques jours.*

Et quand j'hésite à intervenir activement dans un cas simple, parce que mon intervention pourrait être inutile, intempestive, dangereuse même : *Quand le vieux craignait que la maladie devînt grave, il n'y allait jamais par quatre chemins ! Il faut, disait-il, que le* malade guérisse, ou que la maladie *dise pourquoi ! Il n'attendait pas : il tranchait dans le vif et jouait quitte ou double !*.

C'est une de ces tares qui enjolive le panégyrique du vieux médecin : Il jouait quitte ou double ! Cela fait opposition aux scrupules d'un honnête débutant qui respecte les choses d'autrui, la santé qu'on lui confie.

Jouer quitte ou double, c'est le fait d'un aventurier.

* * *

A l'envoi de mes notes, on s'exécute ; mais non sans me faire observer à l'occasion *que Nicolet n'était pas un homme d'argent, lui; qu'il n'a pourtant jamais marchandé ses services ; qu'il faisait bien payer les riches, mais qu'il ne demandait rien aux pauvres gens ; que plus d'une fois il y est allé de sa poche avec les malades.*

De quoi vivait-il, ô mon Dieu, puisque tout le monde à peu près se range dans la catégorie des pauvres gens ?

J'en suis à me le demander.

Ce qui n'empêche pas qu'il n'ait gagné gros d'argent, ajoute-t-on, comme pour m'encourager à ne rien exiger des clients, au contraire...

* * *

Si à la réquisition qui m'est faite de visiter incontinent une personne alitée depuis huit jours, je prends le temps d'avaler une dernière bouchée et de rajuster ma cravate : *A quelle heure que ce fût qu'on l'allât chercher, Nicolet était toujours prêt ; et, de nuit comme de jour, en avant la carriole, et je te fouette l... A sa mort, quel homme, quel médecin dévoué nous avons perdu !*

* * *

Il était bon ; mais, vif et prompt, il n'avait pas peur de dire tout haut ce qu'il pensait. A celui-ci : tu es flambé, tu viens me chercher trop tard ! tes

par l'atropine ; il s'agissait d'un malade, phthisique, soigné à l'hôpital de Blois, et à qui le médecin prescrivit d'abord une cuillerée à café, deux fois par jour, de la potion suivante : sulfate neutre d'atropine, 3 centigrammes ; sirop diacode, 30 grammes ; eau distillée, 80 grammes. La dose était donc de 3 milligrammes en vingt-quatre heures ; cette même dose fut continuée pendant quatre jours et il est incontestable que, dès le début de cette médication, se manifestèrent des symptômes d'empoisonnement.

Cette première prescription fut remplacée par la suivante : sulfate neutre d'atropine, 1 gramme ; sirop diacode, 30 grammes ; eau distillée, 80 grammes, dont le malade devait prendre une cuillerée par jour ; quinze heures après la prise d'une demi-cuillerée à café, le malade mourait.

Les recherches toxicologiques que M. Pouchet fut chargé de faire, suivant commission du juge d'instruction de Châteaudun, l'amenèrent à ces conclusions, que le malade avait été bien réellement empoisonné par l'atropine ; les altérations viscérales, telles que surcharge graisseuse du cœur, néphrite parenchymateuse, démontraient en outre que ce malade était plus qu'un autre susceptible de présenter des phénomènes d'intolérance médicamenteuse.

M. Pouchet a recherché, à cette occasion, quelle était la dose toxique de l'atropine, et, quoiqu'il y ait, à cet égard, des opinions très variables, on peut dire, d'une façon générale, que *1 centigramme représente la dose toxique* : or, le malade en question en avait pris 38 milligrammes, alors que, depuis plusieurs jours, il était sous le coup de phénomènes d'intoxication.

La question de responsabilité est surtout fort intéressante : le médecin, qui avait prétendu avoir commis une erreur, a été condamné à 600 fr. d'amende, et le pharmacien à la même amende et à quinze jours de prison.

M. *Mottet* dit avoir lu dernièrement, dans un journal de droit, qu'un pharmacien de Senlis avait été condamné à 600 fr. d'amende et quinze jours de prison pour avoir délivré de la morphine sans ordonnance ; ce médicament avait déterminé des accidents mortels.

M. *Brouardel* peut citer un fait analogue : un pharmacien fut condamné, pour avoir délivré de la morphine sans ordonnance, à payer l'entretien d'une malade jusqu'à sa mort dans une maison de santé, le tribunal ayant jugé que l'administration continue de la morphine, avait, par la faute du pharmacien, mis la malade dans l'état de débilité où elle se trouvait.

Les topiques médicamenteux de Unna dans les maladies de la peau (1).

M. *Hallopeau* s'est initié pendant un séjour à Hambourg aux pratiques préconisées par l'éminent dermatologiste Unna pour l'application des médicaments à la surface de la peau, — progrès incontestables réalisés en dermatologie.

Les pansements, qui sont très variés suivant la nature et le siège de la lésion, se rapportent cependant à deux types : les *mousselines chargées d'onguent* que l'on applique en compresses et qui restent en place plusieurs jours ; — les *colles médicamenteuses*, tantôt fortes, tantôt faibles, que l'on étend sur les surfaces malades.

Voici la composition de ces colles :

	Colle faible	colle forte
Gélatine	15	30
Oxyde de zinc	5	10
Glycérine	25	30
Eau	45	30

L'oxyde de zinc les rend inaltérables.

Les colles médicamenteuses constituent des enveloppes poreuses, absorbantes ; elles sont beaucoup

(1) Société de thérapeutique, 14 novembre.

---

boyaux sont brûlés !... A celui-là : le mal a déjà fait bien des progrès ! Le foie se gâte. Mais nous te sauverons !...

Tandis qu'avec ce médecin-ci — c'est de moi qu'on parle, — *on ne sait jamais ce qu'il pense. Il faut lui arracher les mots de la bouche. On lui demande ce qu'a un malade ? Il n'en sait rien.... On il ne répond pas.... On il ne veut rien dire.*

Soyez donc discret et réservé avec des clients de cet acabit !

Si on le consulte en rue, pour un enfant qui tousse, pour une femme qui a des coliques, pour n'importe qui ou n'importe quoi, il se fâche et répond qu'il a besoin de voir les malades ; qu'il ne veut rien ordonner sans les avoir vus... Tout cela pour faire des visites, c'est clair.

* * *

Si par un sentiment de dignité et pour ne pas avilir mon caractère, je refuse de m'attabler chez le premier venu qui m'invite : *il n'était pas fier non plus, notre vieux Nicolet, avec le pauvre monde qu'il tutoyait. Il était le commensal des plus humbles de l'endroit, s'asseyant à la table d'un petit fermier comme à celle d'un gros propriétaire, là, sans façon.*

* * *

A la fin, obsédé par tant de rengaines, je me hasarde à demander : *Mais j'ai entendu dire, je crois, que le vieux buvait ! Est-ce que Nicolet n'était pas un peu ivrogne ?*

— *Ah ! Monsieur, quand il n'avait pas bu, quel médecin c'était !...*

Mais, par exemple, il ne fallait pas l'aller chercher après dîner : il n'y avait plus d'homme !

* * *

Vous comprenez, n'est-ce pas ? Si Nicolet commettait quelque bévue, une faute professionnelle, comme d'ouvrir un anévrysme pour un abcès ou d'arracher une molaire saine au lieu d'une malade, s'il se trompait en un mot, il avait dans son intempérance une excuse toute trouvée.

Vous et moi, nous n'en avons pas.

Dr P.

moins à redouter au point de vue de la résorption des médicaments, que la traumaticine ou dissolution de gutta-percha dans le chloroforme. Leur pression est douce et calmante.

Unna les emploie systématiquement dans le prurit, les érythèmes, l'eczéma artificiel, l'ichthyose, l'acné, les plaies, etc. Unna enduit quelquefois tout le corps. M. Hallopeau estime que ce badigeonnage universel peut n'être pas sans danger dans certains cas.

Les mousselines-emplâtres, dans lesquelles la substance médicamenteuse est appliquée sur une emplâtre imperméable trempée dans la gutta-percha, agissent autrement que les colles.

Sous leur influence la peau devient plus molle et se laisse plus facilement pénétrer par les médicaments. Ces mousselines diffèrent des gazes usitées jusqu'ici en France en ce que l'excipient est réduit au minimum : avec 2 à 5 grammes de substance adhésive on arrive à fixer 30 à 40 grammes de médicament. M. Hallopeau a employé avec succès dans un cas de lupus une emplâtre créosotée suivant cette formule.

L'hystérie par intoxication sulfo-carbonée.

M. *Marie* a observé deux cas d'hémiplégie hystérique chez des ouvriers employés à la fabrication du sulfure de carbone. Il existait chez eux l'hémianesthésie, le rétrécissement du champ visuel avec macropsie et micropsie ; ces symptômes ne permettent pas de douter que ces malades ne fussent des hystériques. Il est singulier que les auteurs qui ont décrit l'intoxication par le sulfure de carbone n'aient pas songé qu'il pouvait s'agir d'hystérie. En se basant sur ses deux observations, sur celles qu'ont publiées Delpech, Bonnet, Huguier, M. Marie esquisse l'hystérie toxique sulfo-carbonée.

Troubles très marqués de la sensibilité générale et spéciale : hémianesthésie plus ou moins complète, zones d'anesthésie, non distribuées suivant le trajet des nerfs, mais limitées par une ligne circulaire passant à la racine des membres (anesthésie en gigot). Quelquefois hyperesthésie. Anesthésie de la cornée, diminution de l'acuité visuelle, rétrécissement du champ visuel, polyopie monoculaire, macropsie ou micropsie. Diminution de l'ouïe, de l'odorat, du goût.

Troubles moteurs : hémiplégie, paraplégie ou monoplégie occupant un membre entier ou un segment de membre comme dans l'hystéro-traumatisme. Hémispasme glosso-labié.

Plus rares sont les attaques convulsives à forme hystérique.

Céphalalgies avec constriction et battement des tempes, cauchemars, émotivité excessive et tristesse.

Les accidents peuvent débuter et progresser insensiblement ou commencer brusquement par une apoplexie hystérique. L'un des malades observés par M. Marie, ayant presque terminé son travail, se sent tout à coup « échauffé aux bourses », achève cependant son ouvrage, mais à ce moment ressent « comme un coup sur la tête » et tombe sans connaissance. Après être resté une demi-heure sans connaissance « comme asphyxié », il revient à lui, regagne à pied son domicile, dort bien, mais le lendemain en s'éveillant éprouve des fourmillements dans le membre supérieur droit qui progressivement se paralyse en trois ou quatre jours ; le membre inférieur du même côté est paralysé seulement quelques jours plus tard.

La sensation anormale du côté des parties génitales, chaleur, froid, ou constriction, est une véritable aura hystérique ; elle est connue de tous les ouvriers qui travaillent au sulfure de carbone ; elle les avertit qu'ils doivent cesser immédiatement le travail et aller au grand air pour éviter des accidents plus ou moins graves.

On a signalé depuis longtemps des troubles génitaux dans l'hystérie sulfo-carbonée : excitation génitale ou impuissance, ménorrhagies.

M. Marie conclut que l'apparition de l'hystérie sous l'influence de l'intoxication sulfo-carbonée est indéniable ; cependant, tous les accidents nerveux observés chez les intoxiqués ne sont pas imputables à l'hystérie, et il y a certaines paralysies qui doivent être expliquées par des névrites périphériques.

Traitement de la diphthérie par les cautérisations antiseptiques.

M. *Gaucher*, qui a fait connaître précédemment les avantages de son traitement de l'angine diphthéritique par les cautérisations avec l'acide phénique concentré mêlé au camphre (17 guérisons sur 17 cas), communique les résultats obtenus avec la même méthode par le Dr Dubousquet (de St-Ouen).

Le docteur Dubousquet a traité, depuis 1884, 81 cas d'angine diphthéritique par les applications locales d'acide phénique. Ces 81 cas se répartissent ainsi : 30 enfants en bas âge, 31 enfants de trois à douze ans et 20 personnes âgées de douze à quarante-six ans. Sur ces 81 cas il y a eu 77 guérisons et 4 morts. Dans ces 4 derniers cas, c'est l'envahissement du larynx par les fausses membranes qui a été la cause de la mort. A ces 81 cas M. Gaucher en ajoute un 82e personnel qui a été également suivi de guérison : en ajoutant à ces 82 cas les 17 qu'il avait déjà recueillis, c'est un total de 99 angines diphthéritiques qui n'ont donné lieu qu'à 4 décès ; soit une mortalité de 5 %.

La simple constatation de ces chiffres paraît à M. Gaucher une démonstration de l'efficacité du mode de traitement qu'il préconise. Pour réussir, il faut que les attouchements de la gorge soient assez énergiques pour la débarrasser complètement des fausses membranes qui la tapissent ; il faut, en outre, que ces attouchements soient répétés deux et souvent trois fois par jour. Il ne faut pas qu'ils soient abandonnés aux parents, toujours trop pusillanimes en pareille circonstance ; c'est le médecin qui doit s'en charger. Il faut, en outre, faire pratiquer des irrigations d'eau phéniquée dans la bouche dans l'intervalle des cautérisations.

Ce traitement peut être appliqué chez les tout jeunes enfants, la pratique du docteur Dubousquet le démontre ; à la vérité, il réussit chez eux un peu moins bien, mais seulement à cause de la plus

grande tendance de la maladie à envahir le larynx.

L'acide phénique ne détermine pas plus de réaction que les autres agents généralement usités pour cautériser la gorge. Les urines deviennent souvent noires, ce qui prouve qu'il y a absorption ; mais cette absorption n'est jamais assez considérable pour produire des effets toxiques.

M. *Cadet de Gassicourt* sait par expérience que ce traitement est parfaitement applicable chez les enfants ; mais il vient d'échouer chez un de ses malades, très gravement atteint, il est vrai.

M. *Gaucher* répond que la mortalité est de 5 % ; il ne prétend point que le traitement soit infaillible.

M. *Labbé* redoute les cautérisations violentes et les dénudations épithéliales de la muqueuse qui peuvent ouvrir la porte à l'infection diphthéritique. L'acide chlorhydrique que préconisait Trousseau n'a jamais guéri personne.

M. *Gaucher* ne défend pas l'acide chlorhydrique qui est un caustique peu antiseptique; pourtant il lui doit la vie ayant été guéri par ce moyen de la diphthérie à l'âge de 8 mois ; mais il est convaincu que les cautérisations antiseptiques doivent être très énergiques.

CHIRURGIE PRATIQUE

Des accidents dus à l'emploi des antiseptiques en chirurgie.

L'antisepsie chirurgicale a donné des preuves si éclatantes de sa puissance que l'emploi des substances antiseptiques a dû fatalement se répandre de plus en plus. Mais il ne faut pas perdre de vue que les substances antiseptiques les plus usuelles sont toutes plus ou moins toxiques ; et on sait qu'il s'est produit depuis quelques années un certain nombre d'accidents parfois mortels dus à l'absorption, à la surface des plaies, des agents chimiques employés pour maintenir leur asepsie aussi parfaite que possible.

Les adversaires de la méthode en profitèrent, et répudièrent hautement l'emploi des antiseptiques chimiques ; d'autres fervents adeptes de l'asepsie ont cherché dans les matériaux de pansement et de lavage simplement stérilisés le moyen d'échapper aux dangers d'empoisonnement. L'année dernière, au Congrès des médecins Hellènes tenu à Athènes, le docteur Zancarol (d'Alexandrie) faisait d'une façon énergique le procès de tous les antiseptiques ; il s'étendait complaisamment sur leurs dangers, montrait au grand jour tous les accidents qu'on leur impute... Nous croyons qu'il ne faut rien exagérer : abandonner aujourd'hui les antiseptiques qui ont rendu et nous rendent tous les jours de si éclatants services serait tomber dans un excès aussi perfide que l'abus lui-même de ces substances. Nous disons hautement que les antiseptiques bien maniés, avec les précautions que tout bon chirurgien doit prendre, ne sont point dangereux.

Un fait très important se dégage de l'étude de tous les faits connus d'intoxication par les antiseptiques ; les accidents ne se produisent, la plupart du temps, que dans certaines conditions ; ou bien il y a eu excès de la substance employée, ou bien la surface traumatique considérable a donné lieu à une absorption trop puissante. Certains tissus, nous le verrons, ont un pouvoir absorbant plus développé pour certaines substances.

L'iodoforme, par exemple, est très rapidement absorbé par les surfaces séreuses saines ; il s'émulsionne et devient très facilement résorbable sur les surfaces formées de tissu adipeux. D'autre part, on sait que tout poison doit être éliminé par nos émonctoires et en particulier par l'intestin, le rein, le foie. Si ces organes sont altérés au préalable, ils ne rempliront point leur fonction naturelle et l'agent toxique pourra s'accumuler dans l'organisme. Dans d'autres cas, c'est cet agent lui-même qui attaque ces organes en imminence morbide et détermine des altérations rapides et plus ou moins profondes dans leur tissu. Il faut encore tenir compte de certaines idiosyncrasies en vertu desquelles il est des sujets sensibles à des doses minimes des substances antiseptiques employées ; on peut avoir là des surprises, qui seront peu dangereuses, toutefois, si l'on n'emploie point de doses trop fortes ou trop longtemps prolongées.

Il faut aussi savoir que les dangers d'intoxication sont variables avec l'âge des individus ; l'emploi des antiseptiques sera soigneusement surveillé chez les enfants dont la puissance d'absorption est si considérable ; chez les vieillards il faudra se défier de l'état des viscères émonctoires qui sont souvent altérés. Il en sera de même chez les alcooliques, les cachectiques, ceux qui présentent des suppurations prolongées, les albuminuriques, les diabétiques, tous individus dont les organes présentent souvent des lésions histologiques qui modifient leur fonctionnement habituel.

Il appartient au chirurgien prudent de peser toutes ces circonstances, de surveiller l'emploi de ses antiseptiques ; de s'arrêter au moindre symptôme inquiétant et de modifier ses pansements. C'est pourquoi nous avons cru intéressant et utile d'exposer brièvement ce chapitre de la thérapeutique clinique d'après les faits connus en y ajoutant un certain nombre de remarques et de détails que nous avons nous-même observés. Nous étudierons successivement les accidents dus à l'emploi des antiseptiques les plus usuels, l'acide phénique, le sublimé, l'iodoforme, le sous-nitrate de bismuth.

1° *Accidents dus à l'emploi du pansement phéniqué.* Nous pouvons les ranger en deux classes ; accidents locaux, accidents généraux. Parmi les accidents locaux nous décrivons l'érythème, l'eczéma phéniqué et la gangrène.

Erythème phéniqué. — Le contact des solutions phéniquées avec la peau commence à être désagréables quand on emploie la solution à 5 %. Les propriétés irritantes de cette solution sont dues à plusieurs circonstances. Souvent la matière première est impure, l'acide phénique est de qualité inférieure, il a alors une odeur forte, âcre et des plus désagréables. Il faut rejeter les solutions mal préparées au fond desquelles on voit des globules d'acide phéni-

que non dissous dans l'eau, ou quand il se forme des yeux brunâtres à la surface du liquide versé dans une cuvette. Il faut aussi savoir que les solutions phéniquées préparées à l'alcool sont beaucoup plus irritantes que celles dans lesquelles la dissolution de l'acide est favorisée par la glycérine. Aussi j'ai adopté après beaucoup d'autres d'ailleurs les types suivants de solution phéniquée.

à 5 %	Acide phénique......	50 gr.
	Glycérine..........	50 gr.
	Eau distillée...	1000 gr.
à 2 1/2 %	Acide phénique....	25 gr.
	Glycérine...	25 gr.
	Eau distillée........	1000 gr.

La solution est beaucoup plus parfaite, moins irritante, et, partant, d'un maniement beaucoup moins désagréable.

La pulvérisation phéniquée, pratiquée trop près, est quelquefois une cause d'érythème. La gaze de Lister grossière, rigide, trop chargée de résine ou préparée avec des acides impurs, irrite très fortement la peau ; aussi ne doit-on employer que des gazes souples, molles et bien blanches, et rejeter les autres produits de fabrication inférieure.

Certaines causes prédisposantes favorisent l'apparition de l'érythème phéniqué ; les sujets à peau fine comme les femmes, les enfants sont plus sensibles au contact de l'acide. Certaines régions, la mamelle, le cou, les membres du côté de la flexion, les organes génitaux externes, la région sous-périnéale sont également d'une susceptibilité particulière. Le scrotum enfin est la région la plus sensible de toutes et il ne faut jamais y appliquer de pansement phéniqué. Les sujets herpétiques voient parfois se développer sur leurs mains des éruptions tenaces d'eczéma. Il ne faut pas oublier non plus que l'emploi des solutions faibles a parfois amené la production de plaques gangreneuses superficielles sur la peau des diabétiques et que les téguments lisses et œdémateux de l'albuminurique sont encore un terrain à éviter dans l'application de ces solutions.

L'érythème phéniqué revêt plusieurs formes cliniques ; le Dr Brun, dans sa thèse d'agrégation (Paris 1886), en décrit trois principales.

a) *Erythème simple apyrétique.* — Cette forme, la plus légère et la plus bénigne, est caractérisée par l'apparition d'une plaque rouge non saillante répondant à toute l'étendue du tégument recouvert par le pansement. Le malade perçoit une chaleur mordicante, un prurit intense, mais son état général est absolument intact, il n'a aucune élévation de température. Ordinairement cette rougeur érythémateuse disparaît au bout de 48 à 72 heures. Elle ne laisse d'autres traces qu'une desquamation épidermique superficielle qui s'effectue après la disparition de la rougeur.

b) *Erythème fébrile.* — Cette seconde variété est caractérisée par une éruption confluente formée de vésicules de volume variable. Elles peuvent aller des dimensions d'un grain de mil à celles d'une tête de grosse épingle ; parfois même la sécrétion de sérosité qui se fait à la surface de l'épiderme soulevé est assez abondante pour former de grosses bulles semblables à celles d'un vésicatoire. Les malades sont tourmentés par une chaleur mordicante, un prurit violent, des douleurs cuisantes. Souvent on voit la rougeur dépasser les limites du pansement et s'étendre à presque toute la surface du corps, mais avec une coloration de moindre intensité. Les grosses vésicules crèvent et laissent couler un liquide louche et jaunâtre ; les petites commencent à se flétrir au quatrième jour, puis toute la surface atteinte d'érythème se recouvre de croûtes furfuracées minces et jaunâtres. Un état général très marqué accompagne la manifestation cutanée, la température monte à 38 1/2 et même 39° ; le malade ressent un certain malaise, de l'anorexie, et une céphalalgie parfois intense.

c) *Eczéma phéniqué.* — Cette troisième forme d'érythème est la plus rare ; quelquefois on la voit succéder à la précédente et se localiser sur une région. D'autres fois on voit apparaître de véritables poussées eczémateuses qui ne tardent pas à se généraliser à la surface du corps. Dans ces cas il faut évidemment tenir compte d'une prédisposition individuelle. Nous connaissons un confrère, qui ne peut se servir d'eau phéniquée, ou même se trouver exposé au spray pendant quelques minutes, sans voir survenir quelques heures après une poussée d'eczéma généralisé.

Grâce à certaines précautions prophylactiques, on pourra presque toujours éviter l'érythème ou l'eczéma phéniqués ; pour cela, on n'utilisera que les solutions très bien faites, des pièces de pansement douces, bien imprégnées, et non chargées de substances résineuses.

De plus, il sera prudent de ne pas employer le pansement phéniqué sur les jeunes enfants, les femmes et les sujets à peau fine. Ou bien, dans ces cas, on aura soin d'oindre les téguments au-dessous du pansement, à l'aide d'une pommade boriquée dont voici les différentes formules empruntées à Lister et à M. Lucas-Championnière :

1° Onguent boriqué dur (formule de Lister).

Acide borique lavé..............	1 gr.
Cire blanche.....................	1 gr.
Paraffine........................	2 gr.
Huile d'amande douce............	2 gr.

2° Onguent boriqué mou (formule de M. Championnière).

Huile d'amande douce............	210 gr.
Paraffine........................	60 gr.
Cire blanche.....................	30 gr.
Acide borique....................	60 gr.

Quand malgré toutes les précautions prises on se trouvera en présence d'un érythème confirmé, la suppression du pansement phéniqué sera la mesure la plus sage ; on le remplacera par un autre moins irritant, boriqué ou salicylé par exemple.

d) *Gangrène phéniquée.* — Cet accident n'est pas aussi rare qu'on pourrait le croire ; j'en ai pour ma part observé cinq à six cas depuis trois à quatre ans. Dans tous, la lésion portait sur un doigt et était

le résultat d'une application malencontreuse de solutions phéniquées fortes. Dans deux cas c'étaient des garçons de laboratoire qui s'étant piqués un doigt ou souffrant d'une petite lésion inflammatoire y appliquèrent une compresse imbibée d'une solution phéniquée faite au hasard ; souvent une solution titrée très concentrée qu'ils employaient de préférence à la solution étendue d'eau. Dans deux cas j'ai eu affaire à des malades qui, à la suite d'un accident quelconque, avaient laissé appliquer sur leur doigt une solution concentrée par un garçon de pharmacie ou même par un pharmacien.

Dans tous les cas donc, la cause de l'accident provenait de l'ignorance où étaient ses auteurs, de la puissance caustique de l'acide phénique.

Un phénomène trompeur, en effet, accompagne rapidement l'application de ces solutions concentrées ; le sujet ne tarde pas à éprouver un engourdissement du doigt qui calme la douleur dont il souffrait, et, confiant, il renouvelle au besoin son pansement pour bien s'assurer contre le retour de la douleur. Or, cette anesthésie est justement le signe de la nécrose commençante, les extrémités nerveuses cutanées sont détruites par l'acide ; les éléments anatomiques sont nécrosés. Quelques heures après, le doigt est insensible à la piqûre, il est comme rétracté, aminci, puis il semble se dessécher ; il noircit les jours suivants, la gangrène est confirmée, on n'a plus alors qu'à favoriser l'élimination de l'eschare ou à faire l'amputation des parties mortifiées. Dans les cas où nous avons observé cette gangrène phéniquée, c'était toujours une momification, une gangrène sèche ; et nous avons été frappé de ce fait que dès les premiers moments de la constatation on pouvait traverser les parties molles du doigt avec une aiguille sans provoquer de douleur, ni d'écoulement sanguin. Il faut donc que le public soit en garde contre l'emploi inconsidéré de l'acide phénique et sache bien que les solutions concentrées sont localement dangereuses quand elles dépassent 5 %.

Intoxication phéniquée. — L'absorption de l'acide phénique au niveau des plaies, et sans aucun doute sa pénétration dans le torrent circulatoire à travers l'épithélium pulmonaire quand on est longtemps exposé aux vapeurs du spray, se traduisent par un phénomène à peu près constant bien étudié pour la première fois par le Dr Kirmisson. Ce phénomène consiste dans l'émission d'urines, qui, d'abord de coloration à peu près normale, quoique très foncée, prennent successivement, pendant le refroidissement, les teintes vert olive, brun, sale, ou noire. Cette coloration semble due au passage de l'acide phénique dans le rein, et cependant on ne le retrouve pas en nature dans l'urine ainsi altérée. Quelques chimistes y ont trouvé de fortes proportions d'un sel mal déterminé, un phénate d'urée. Le Dr Kirmisson fut amené par les observations qu'il fit à penser qu'il y avait une relation certaine entre la grande étendue des plaies et l'apparition des urines phéniquées. M. le professeur Verneuil admet aussi que ce phénomène se rencontre surtout chez les sujets atteints de suppurations anciennes chez lesquels le rein est notablement altéré.

Les urines phéniquées, comme tous les autres signes d'intoxication carbolique, s'observent surtout quand les plaies sont larges, quand elles portent sur des tissus spongieux, des os par exemple ; quand la solution phéniquée se trouve retenue dans une cavité traumatique comme les anfractuosités d'une fracture compliquée. On les observe aussi quand les opérateurs font des débauches de solutions phéniquées dans le lavage des plaies, comme on le voyait souvent au commencement de la méthode de Lister. Non seulement les grands lavages, mais encore le spray appliqué sur une large surface traumatique ne tardent pas à provoquer l'apparition des signes d'intoxication. Nous avons observé encore il y a un an environ, le phénomène des urines noires débutant moins de deux heures après le début d'une pulvérisation phéniquée sur la surface d'amputation d'un moignon de cuisse largement béant.

Les enfants et les vieillards sont beaucoup plus sensibles que les adultes à l'intoxication phéniquée par pansement. L'application étendue de compresses phéniquées sur la peau fine de l'enfant peut être suivie de phénomènes d'absorption. Nous avons été souvent frappés de ce fait lors de notre internat à l'hôpital des enfants. Maintes fois nous avons observé que les opérations sur les os, les évidements des extrémités épiphysaires s'accompagnaient rapidement de phénomènes inquiétants. Nous nous rappelons en particulier un évidement du grand trochanter sur une fillette de 10 ans environ, où l'on employa en grande abondance de la solution phéniquée à 5 %. A partir du moment de l'opération, l'enfant se refroidit ; le lendemain elle était toujours dans l'algidité ; les urines étaient fortement colorées ; bientôt l'enfant tomba dans le collapsus et elle succomba le troisième jour après l'opération. Il est certain que dans ce cas la mort fut due à l'absorption de l'acide phénique en grande abondance par les vaisseaux veineux du tissu spongieux largement ouverts par l'acte opératoire.

Les formes cliniques de l'intoxication phéniquée sont au nombre de deux : aiguë, lente et progressive.

1° *Forme aiguë* : Elle peut se montrer immédiatement après l'opération et le pansement comme dans les cas dont nous avons parlé plus haut. Mais il n'est pas rare de la voir débuter plusieurs heures et même un ou deux jours après. Parfois des sujets semblent réfractaires aux premiers pansements et ne montrent des signes d'absorption que très longtemps après le début de l'emploi du liquide antiseptique. Deux variétés d'accidents aigus ont été observées :

Dans les cas d'*intoxication légère*, on observe simplement une céphalalgie frontale assez intense, de l'inappétence, des nausées, souvent des vomissements ; en somme, c'est un état gastrique assez intense qui domine et qui peut passer sur le compte d'un simple trouble digestif, comme on en observe souvent après les opérations, surtout chez les ma-

lades dont l'estomac ou le foie fonctionnaient médiocrement avant le traumatisme. Cependant, l'apparition de la coloration spéciale des urines doit mettre le médecin sur ses gardes.

Dans les cas *d'intoxication grave*, les symptômes sont tout à fait caractéristiques. Le malade présente un état de torpeur profonde qui peut aller jusqu'au coma complet. Toute la surface du corps présente une pâleur notable, la face est blanche et les lèvres sont un peu violacées, une sueur visqueuse couvre les téguments. La température s'abaisse notablement, le pouls devient petit, filiforme ; la sensibilité générale est profondément émoussée, la pupille et la cornée elles-mêmes deviennent insensibles. L'inappétence est absolue, le malade a, de plus, des vomissements bilieux répétés et quelquefois une diarrhée abondante, noire et très fétide. Les urines ont les caractères indiqués plus haut, et Billroth a fait observer que souvent elles contenaient de l'albumine et des cylindres épithéliaux, indices d'une altération commençante du rein. Tous les symptômes que nous venons d'indiquer montrent l'action essentiellement irritante de l'acide phénique sur le tube digestif. On trouve, en effet, à l'autopsie des lésions inflammatoires de la muqueuse gastro-intestinale qui peuvent aller jusqu'à la production d'ulcérations.

Du côté de la circulation, on observe assez souvent le ralentissement des battements cardiaques, qui deviennent en même temps beaucoup plus énergiques ; vers la fin, ils sont faibles, irréguliers, intermittents et l'arrêt du cœur en diastole est un des modes physiologiques de la terminaison fatale.

La respiration est accélérée dès le début, ce qui semble montrer que l'acide phénique a une action particulière sur la composition du sang, diminuant son pouvoir absorbant d'oxygène ; plus tard, elle devient irrégulière, saccadée, anxieuse, puis stertoreuse. On observe enfin, plus souvent toutefois chez les enfants, des convulsions cloniques et des spasmes du diaphragme, et ces phénomènes sont souvent précédés d'une sorte d'hypéresthésie générale ou d'ivresse.

La mort peut survenir dans cette forme grave au bout de 4 à 6 heures, ou plus tardivement après 8, 10 et 12 jours. La guérison est toujours lente et progressive ; on l'a vue souvent s'accompagner d'accidents sérieux ; spécialement de congestions pulmonaires. On a aussi observé à la suite de l'empoisonnement des ulcères de la cornée.

2° *Forme chronique*. — Elle est caractérisée par des sortes d'accès qui surviennent après les pansements ; elle semble varier un peu avec l'âge des sujets. Chez les enfants on observe surtout des troubles cérébraux légers, une agitation marquée dont il est très difficile de les tirer.

Chez l'adulte, au contraire, les phénomènes gastro-intestinaux dominent ; inappétence, vomissements, nausées. Les urines sont noires et on observe assez souvent une élévation marquée de la température. Enfin, bien que la guérison survienne souvent, les malades, surtout les vieillards, finissent quelquefois par succomber.

Traitement. — Quand on emploie couramment les pansements phéniqués il faut prendre certaines précautions grâce auxquelles on pourra éviter les complications parfois si graves que nous venons de décrire. On sera toujours très réservé dans l'emploi des solutions fortes chez les enfants et les vieillards. Dans tous les cas et aussi chez les adultes on évitera les lavages trop abondants et surtout trop prolongés sur les grandes surfaces traumatiques, dans les cavités articulaires, les grandes séreuses viscérales comme la plèvre, et surtout les cavités creusées dans le tissu spongieux des os chez les enfants. On aura toujours soin d'assurer par la position, la compression et un drainage bien ménagé la sortie du liquide employé aux irrigations.

Si les signes d'intoxication se montrent, il faut supprimer le pansement phéniqué, combattre le collapsus au moyen d'injections hypodermiques d'éther, ramener la chaleur au moyen de frictions excitantes et de boules d'eau chaude. Il est très utile d'activer l'élimination du poison par les reins en activant la sécrétion urinaire au moyen de boissons diurétiques. Un bon moyen est d'appliquer des compresses froides sur les membres. La sudation pourra être provoquée également au moyen de quelques injections sous-cutanées de sulfate d'atropine.

Sonnenburg a conseillé un moyen qu'il ne faut pas négliger c'est l'administration à l'*intérieur* à doses répétées d'une sotution de sulfate de soude à 5 %. Le malade doit prendre toutes les heures une forte cuillerée à bouche de cette solution. Georges Newton conseille l'emploi de sulfate de magnésie employé de la même façon. Sous l'influence de ces sels il se forme dans l'économie un phénol-sulfate très soluble et très facilement éliminable.

(*A suivre*.)

Dr Barette.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Questions scolaires.

La nouvelle chaire de clinique d'accouchements à Paris.

Dans le n° du 6 octobre dernier du *Concours*, nous nous élevions, au nom des intérêts des étudiants, contre une décision prise par la commission du budget, dans son désir très légitime de faire des économies ; cette commission avait, à tort selon nous, repoussé le crédit demandé pour la transformation de la chaire théorique d'accouchements en chaire de clinique obstétricale. Nous sommes heureux d'apprendre que notre légitime protestation a été entendue en haut lieu et que la Commission du budget, mieux éclairée, est revenue sur sa décision première. Nous ne pouvons que l'en féliciter.

Cet incident montre une fois de plus quel rôle utile peut jouer la presse médicale, en ne se confinant pas exclusivement sur le terrain scientifique, et en ne craignant pas de défendre les intérêts divers des étudiants et des médecins. Il y a ainsi nombre de questions spéciales à notre profession dont la presse politique se désintéresse complète-

ment ; c'est à nous, médecins, qu'il appartient de nous en occuper, c'est nous qui devons lutter pour faire triompher les idées justes et équitables.

Dans le cas présent, n'avions-nous pas raison de dire « que l'enseignement obstétrical clinique, donné par la Faculté est insuffisant en raison du nombre des élèves, quel que soit le talent du professeur ». Dans sa leçon d'ouverture, le Pr Tarnier vient de montrer, par des chiffres officiels, combien il était *urgent* d'ouvrir une seconde chaire de clinique. En effet, il ne se fait guère à la Clinique d'accouchements de la rue d'Assas, qu'un *millier* d'accouchements par an ; et avec ce nombre restreint, le professeur doit donner l'enseignement *pratique* à 460 étudiants terminant leurs études, 144 sages-femmes et 10 aspirants, officiers de santé, sans compter les étudiants étrangers et les jeunes médecins qui veulent se perfectionner dans l'art des accouchements.

Au contraire, à la Maternité du boulevard Port-Royal, il se fait plus de 2.000 accouchements par an et il y a seulement une centaine de sages-femmes à instruire ; ce qui est d'autant plus facile que, logeant dans l'hôpital, ces élèves peuvent profiter de tous les cas qui se présentent. N'est-il donc pas logique, équitable, de distraire une partie de cet important service pour en faire une clinique nouvelle qui permettra d'instruire plus complètement étudiants et sages-femmes externes ? Sans aucun doute, la réforme est utile à tous points de vue ; c'est peut-être pour cela qu'on a tant tardé à la faire et qu'on a même hésité au dernier moment, de peur d'augmenter de 6 à 7.000 francs le budget annuel !... N'est-ce donc pas une économie pour un peuple que de dépenser quelque argent pour instruire plus complètement médecins et sages-femmes ? Par ce temps de dépopulation, nous ne devons rien négliger pour ménager les forces vives de la nation, c'est-à-dire pour que la mortalité des accouchées et des nouveau-nés soit aussi minime que possible ! Le premier but à atteindre, c'est que médecins et sages-femmes soient suffisamment instruits.

BULLETIN DES SYNDICATS ET DE L'UNION DES SYNDICATS

DIRECTEUR : Dr BARAT-DULAURIER

Syndicat médical des Vosges.

Compte Rendu sommaire de la réunion générale du 15 Septembre 1888, à Saint-Dié.

La seconde réunion annuelle de l'Association Syndicale des Médecins des Vosges a eu lieu le samedi 15 septembre à Saint-Dié, dans la salle des séances de l'Hôtel de Ville.

Etaient présents : MM. les docteurs Lardier, Président ; Chavane, Vice-Président ; Couturier, Secrétaire-Trésorier ; Bailly ; Ancel ; Laballe ; Graux ; Masson, de Raon-l'Etape ; Raoult ; Legras ; Rousselot ; Daviller ; Pernin ; Galotte ; Saunier ; Pernet ; Patézon ; Feyseler ; Pommageot ; Bornèque ; Paul Rodet ; Guyon ; Dieterlen ; Liégeois ; Frebillot ; Fournier ; Liétard ; Greuell ; Eury ; Ganiez ; Tissier ; Bouloumié ; Pierre, de Raon-l'Etape et Thierry.

Dans une allocution très applaudie le Président, Dr Lardier, passe en revue les questions étudiées par le Syndicat et les efforts qu'il a faits pour améliorer la situation matérielle et morale des médecins. Les solutions que nous avons adoptées pour la plupart des problèmes professionnels ont été acceptées par un grand nombre de syndicats locaux. Enfin, dernier succès, l'Association de Prévoyance met à l'étude le mode de nomination à adopter pour les médecins des hôpitaux de province, question que nous avons soulevée il y a plus de deux ans.

Le Secrétaire-Trésorier donne lecture du compte rendu financier de l'Association pour l'année 1887-1888. Ces comptes sont approuvés.

L'assemblée approuve et vote à l'unanimité des membres présents les conclusions de la commission d'initiative au sujet de l'affaire médico-militaire de Saint-Dié et du docteur Rousselot.

Elle décide que son bureau demandera que le service des vaccinations et revaccinations soit confié aux seuls médecins à l'exclusion des sages-femmes qui n'offrent aucune garantie.

Le Comité d'initiative est autorisé à recevoir à titre provisoire les adhérents nouveaux à l'Association. Les membres ainsi reçus jouiront, jusqu'à décision définitive prise en assemblée générale, des mêmes droits que les membres titulaires.

M. le Dr Masson, de Raon-l'Etape, présenté par M. le Dr Raoult ;

M. le Dr Galotte, de Saint-Dié, présenté par M. le Dr Lardier ;

M. le Dr Mathieu, de Fraize, présenté par M. le Dr Ancel ;

M. le Dr Pierre, de Raon-l'Etape, présenté par le Dr Frébillot, sont élus à l'unanimité membres du Syndicat.

M. le Docteur Parisot, de Nomexy, est démissionnaire.

Il est décidé que la prochaine réunion générale de septembre aura lieu à Mirecourt. Le jour fixé est le samedi le plus rapproché du 15 septembre 1889.

ALLOCUTION DU Dr LARDIER.

Mes chers Collègues,

Voilà cinq ans que notre Association syndicale a pris corps et je suis fier de constater avec vous que son premier lustre s'est heureusement accompli.

Le modeste groupe que nous formions au début s'est développé petit à petit et à l'heure présente notre Association comprend plus de 60 adhérents, c'est-à-dire la majorité des Médecins des Vosges, réunis en rangs serrés et debout, se prêtant tous un mutuel appui pour la protection de nos droits professionnels.

Si depuis le jour de notre formation, nous n'avons eu à enregistrer aucune défection, c'est que nous ne nous sommes jamais départis de ces règles d'honnêteté professionnelle qui doivent présider à tous nos actes publics. Et si nous nous permettons de rappeler avec quelle défiance nous avons été accueillis à nos débuts, on ne saurait que se féliciter de ce résultat. Tous les confrères qui sont venus à nous, qui ont pris part à notre vie, ont pu se convaincre que l'unique pensée qui nous a guidés, qui nous a soutenus dans nos moments difficiles, était de rendre service à la profession, que notre unique souci a toujours été le relèvement de notre corporation. Voilà pourquoi aucun de ceux qui se sont mêlés à nos rangs, qui ne sont venus qu'à contre-cœur, n'a quitté ces rangs.

Ne nous a-t-on pas accusés de vouloir faire exclusivement une guerre de tarifs, de vouloir mettre nos

malades en coupe réglée? Combien l'on s'est mépris sur le but et les tendances de notre Association. Depuis cinq ans, il n'a été question entre nous qu'une seule fois de tarifs, et pourquoi? Pour demander en faveur du service sanitaire une réduction d'honoraires, qui prouvait jusqu'à quel point le corps médical des Vosges savait pousser le désintéressement. Nous n'avons parlé de tarif que pour abaisser le chiffre de nos honoraires et notre Syndicat a eu, dans cette occasion, l'honneur de prouver à l'Administration et aux confrères qui nous sont étrangers que si, dans certaines circonstances où l'honneur de la profession était engagé, nous ne transigions pas, nous savions, dans d'autres cas, lorsqu'on faisait appel à notre dévouement, accepter toutes les réductions, toutes les charges.

Et c'est grâce à ce désintéressement que notre ancien préfet, M. Bœgner, a pu mener à bien la création de ce service d'assistance des indigents, dont nous pouvons nous féliciter d'avoir été les initiateurs. C'est grâce à l'agitation que nous avons faite autour de cette question lorsque du Syndicat des Vosges elle a passé à la discussion de l'Assemblée des Syndicats médicaux de France que nous avons vu le corps médical français s'émouvoir à son tour et finir par communiquer l'élan dont il était animé aux pouvoirs publics. Aujourd'hui cette question de l'assistance publique est décidément et définitivement à l'ordre du jour. Elle ne peut plus ne pas aboutir. Et nous pouvons être convaincus que les principes essentiellement libéraux et démocratiques sur lesquels nous nous sommes basés en proposant au Préfet des Vosges une organisation différente de celle des départements voisins, que ces principes, dis-je, seront non seulement acceptés, mais proclamés par le gouvernement. Je n'hésite pas à le constater, c'est un honneur pour le Syndicat médical des Vosges d'être entré le premier dans cette voie de transformation, d'avoir su propager ses idées, d'avoir réussi enfin à les faire mettre en pratique.

Quand, dans les cinq années que nous venons de traverser, nous n'aurions obtenu que ce résultat, ce résultat seul serait la justification de notre intervention et légitimerait notre existence.

Mais ce n'est pas à l'accomplissement de cette seule tâche que se sont bornés nos efforts. Nous avons été saisis de diverses questions, les unes passionnantes, les autres difficiles, et dans lesquelles nous avons toujours cherché à faire triompher ce que nous considérions comme notre droit.

Je vous rappellerai sommairement cette question de l'exercice de la pratique civile par les médecins militaires, question qui n'avait jusqu'au jour où nous nous en sommes occupés, soulevé que de timides protestations, des revendications sans portée, parce qu'elles étaient isolées et sans cohésion. Nous l'avons soumise, nous, à des débats publics, sans crainte, et nous pouvons le dire, sans faiblesse. Aujourd'hui la lumière est faite. Nous avons obtenu d'un homme d'Etat, qui compte parmi les illustrations de notre département, de M. Meline, Président de la Chambre des députés, des déclarations affirmant la justesse de nos revendications. Nous savons quels sont nos droits, et nous savons aussi comment nous pouvons faire rentrer dans leurs attributions précises, certains médecins militaires qui abusent parfois sans vergogne, de la situation exceptionnelle que leur créent dans certaines régions et le prestige de l'uniforme et le port de galons plus ou moins larges et plus ou moins nombreux. Nous avons entrepris là une campagne, grosse de périls, mais comme compensation nous avons eu l'honneur de soutenir les premiers les revendications des médecins civils. Aussi nous resterons sur la brèche et bien qu'à l'occasion, nous ayons éprouvé — il n'y a pas longtemps — quelques déceptions, nous ne nous lasserons pas de défendre nos prérogatives, sans distinction de personnalités.

Nous demanderons par tous les moyens dont nous pouvons disposer, l'application de ce principe, qui après avoir été proclamé dans les Vosges, a été admis à l'unanimité par les membres présents à la dernière Assemblée générale de l'Union des Syndicats Médicaux de France : *L'exercice de la médecine civile doit être réservé aux médecins civils.* Nous ne ferons trêve que lorsque nous aurons obtenu satisfaction. Je dois dire que nous ne sommes plus, à cet égard, isolés en France. Du Doubs, du Puy-de-Dôme, de la Mayenne, de l'Ariège, de la Haute-Garonne, sont parties depuis de nouvelles protestations, et cet effort collectif aura certainement les résultats que nous poursuivons. Nous pouvons affirmer qu'ils ne se feront pas attendre.

Dans un autre ordre d'idées, nous avons été amenés à nous occuper de la situation faite aux médecins placés à la tête du service médical dans les petits hôpitaux de province. Nous avons protesté, avec toute l'énergie dont nous étions capables, contre cette dépendance dans laquelle se trouvent les médecins d'hôpital vis-à-vis des commissions administratives. Avant son départ, M. Boegner nous avait laissé l'espoir de voir régler l'affaire Marchal au mieux des intérêts médicaux.

Notre administrateur actuel, en approuvant les décisions de la Commission administrative de l'hôpital de Senones, qui relevait, pour des motifs futiles, notre confrère de ses fonctions de médecin en chef de l'hôpital, a créé un précédent, dont nous espérons ne pas voir une seconde édition dans les Vosges. Des faits semblables se sont passés dans d'autres régions de la France et nous avons vu à la dernière assemblée générale de l'Association de Prévoyance, nos confrères de la Marne saisir le bureau de cette question ; nous avons vu le vénérable docteur Diday, de Lyon, demander, séance tenante, pour les médecins d'hôpitaux de province, un autre mode de nomination que celui qui est partout en vigueur. Il faut ajouter que si tous nos confrères étaient pénétrés des sentiments de solidarité confraternelle, que nous voudrions voir pratiqués par l'universalité des médecins de France, les faits regrettables dont nous avons été témoins dans les Vosges, dans l'Ain, et récemment à Romans, n'auraient pu se produire. En présence de l'accord absolu des médecins, les commissions administratives n'auraient pu satisfaire leurs rancunes ou les vengeances et nous n'aurions pas été humiliés à ce point d'être obligés de subir une situation indigne du corps médical. Nous espérons que l'Union des Syndicats médicaux de France saura trouver le moyen pratique de délivrer les médecins d'hospices de la dépendance dans laquelle ils se trouvent actuellement.

Je glisse, vous me le permettrez, sur des questions de moindre importance, qui n'ont pas eu de retentissement hors de notre rayon médical, sur des faits particuliers, sur des procès, dans lesquels certains de nos collègues ont eu gain de cause, enfin sur nos rapports avec la justice. Mais tous ces actes de notre Association syndicale témoignent de

notre vitalité. Nous vivons, bien que les tribunaux supérieurs aient contesté la légitimité de notre existence. Nous vivons, j'ajoute que nous avons raison de vivre. Nous ne voulons laisser passer sans nous y arrêter aucune des questions générales qui intéressent notre profession, et si quelqu'une d'entre elles, comme la création d'un Ordre de médecins n'ont pas eu le don de nous passionner, il en est d'autres que nous creusons à fond, et pour lesquelles nous avons eu la satisfaction de voir votre opinion acceptée par les autres Associations syndicales.

Nous ne sommes pas au bout de notre tâche. Il est d'autres points qui, dans l'avenir, méritent toute notre attention.

Je vous signalerai notamment nos rapports avec la justice. Tous nous sommes d'accord à ce sujet. La loi surannée de l'an XI ne peut plus nous satisfaire. Tous les médecins de France sont unanimes à protester contre son application. Nous avons assisté, il n'y a pas longtemps, à une protestation retentissante, soulevée du sein même de la Faculté de Montpellier. Nous devons désirer que toutes ces protestations éparses soient réunies en faisceau ; nous chercherons à faire autour de cette question une agitation persévérante et fructueuse, et au lieu de nous bercer encore de l'espoir décevant de voir un jour ou l'autre nos élus s'occuper de la revision de la législation médicale, revision qui parfois essaie de se faire jour, et que l'on rejette aussitôt brutalement dans les cartons, revision possible, mais qui reste possible, et que les législatures successives se lèguent l'une à l'autre avec un touchant abandon, nous trouverons au milieu de nos nombreuses revendications certains points spéciaux dont nous poursuivrons la transformation avec confiance et ténacité. La situation des médecins légistes de province est de ce nombre et les travaux préliminaires qui ont été menés à bonne fin par nos excellents collègues Pommageot et Bornèque, vont marquer le début de la campagne que nous allons entreprendre et qui aboutira enfin, nous l'espérons, à l'abrogation de la loi de l'an XI.

C'est à atteindre ce but que nous allons appliquer nos efforts, sans pour cela négliger d'autres questions secondaires et certaines améliorations de détail dont est encore susceptible l'organisation de notre service sanitaire, sans cesser de parfaire l'étude de l'organisation de l'hygiène publique en France, étude à laquelle notre vénérable président le docteur Bailly vient de donner dernièrement une si féconde et puissante impulsion.

C'est ainsi que dès demain nous allons demander à l'administration de remettre exclusivement entre les mains des médecins le service de la vaccination. Cette réforme s'impose. Nous remarquons, en effet, que le contrôle des sages-femmes sur les vaccinations et les revaccinations, qu'elles font sous notre responsabilité, est illusoire. Nous rencontrons des enfants de 6 et 7 ans qui ne sont pas vaccinés, qu'on affirme l'avoir été, et avant que des accidents semblables à ceux qui ont été constatés dans d'autres départements n'éclatent dans les Vosges, et dont on nous rendrait fatalement responsables, il faut que nous prenions en mains propres ce service important. Il n'est pas indigne de notre sollicitude et de notre rôle auprès des populations de la campagne.

Je m'arrête. Je crois en avoir dit assez pour faire comprendre à ceux de nos confrères qui ont pu conserver encore, à notre égard, certaines préventions, ce que nous avons fait, ce que nous voulons, ce que nous valons. Nous ne cesserons de leur demander de joindre leurs efforts aux nôtres. Chaque adhésion nouvelle augmente notre puissance et notre autorité et lorsque tous les médecins des Vosges auront compris de quel poids notre voix unanime serait auprès des pouvoirs publics et de l'administration, l'œuvre syndicale saura tout obtenir. Ne nous plaignons pas cependant. Notre groupe qui comprend actuellement près des deux tiers des médecins des Vosges sait déjà se faire écouter. Nous formons un rejeton jeune, vigoureux qui ne demande qu'à se fortifier encore, mais qui ne veut pas absorber exclusivement à son profit la sève qui nourrit le vieux tronc. C'est dire que l'on nous trouvera toujours groupés autour de l'Association de Prévoyance, avec laquelle nous n'avons pu nous identifier. Nous n'avons pas voulu répudier cette dénomination de syndicat, source d'interprétations bien erronées, quelquefois malveillantes. Demain donc, comme toujours, nous combattrons avec la justice, pour le bien de la profession.

(*Applaudissements*).

Syndicat Médical à Paris

Nous avons l'honneur de faire connaître aux membres du Concours habitant Paris, qu'une réunion préparatoire, pour la création d'un Syndicat médical aura lieu dimanche 2 décembre, à 2 heures, chez le Docteur Rault, 3, rue des Pyramides. Nous invitons les membres du Concours que cette réunion intéresse à vouloir bien s'y rendre.

NOUVELLES

ÉCOLE PRATIQUE, COURS D'OPHTHALMOLOGIE. — M. le Dr *Gorecki* commencera son cours sur les **Maladies des yeux** le *lundi* 19 novembre, à *six heures* du soir, *amphithéâtre n° 1*, et le continuera les *vendredis* et *lundis* suivants, à la même heure. Ce cours élémentaire sera complet en quinze leçons.

Cours de Mmes de Bure et Suillet, 11 bis, passage de la Visitation (Rue Paul-Louis-Courier), faubourg Saint-Germain.

Cours élémentaires, moyens, supérieurs. Ces cours ont lieu deux fois par semaine pour chaque degré du 3 novembre au 1er juillet. Cours préparatoires, enseignement par les yeux pour les enfants depuis 5 ans. Langues étrangères, Dessin. Cours de Solfège des divers degrés, une fois par semaine du 3 novembre au 1er juillet. Transposition, harmonie. Leçons particulières de piano et de chant.

Le Directeur du *Concours* recommande avec instance à nos lecteurs le Cours de Mlle Suillet. Il leur sera personnellement reconnaissant s'il leur est possible d'envoyer des élèves à la fille du Dr Suillet dont nous avons annoncé, il y a deux ans, la mort prématurée.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU CONCOURS MÉDICAL

M. le Dr JACOB fils, à Montsurs (Mayenne), présenté par M. le Directeur.

M. le Dr GARDILLON, à Saint-Amand (Nord), présenté par M. le Directeur.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise).— Imp. DAIX frères, place St-André, 3. Maison spéciale pour journaux et revues.

Dixième année N° 49 8 Décembre 1888

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE

Hématozoaires du paludisme (1).

Lorsque *Laveran* fit connaître l'existence d'un parasite polymorphe dans le sang des paludiques et qu'il attribua à cet organisme les accès de fièvre intermittente, il faut avouer qu'il n'entraîna guère de convictions chez nous. Les plus sceptiques furent les microbiologistes de profession qui s'étonnaient que ce micro-organisme différât si extraordinairement de tous les microbes jusqu'ici connus. Il faut dire aussi que, la fièvre intermittente étant rare dans nos pays, du moins dans les grandes villes, l'occasion de contrôler la description de M. Laveran a manqué à tous les sceptiques.

Aujourd'hui il faut rendre pleine justice à la découverte de M. Laveran. M. le professeur *Straus*, dont la compétence est hors de doute, vient de déclarer à la Société de Biologie que M. Laveran lui a montré un grand nombre de préparations du sang d'un soldat revenu du Tonkin avec les fièvres intermittentes ; il a parfaitement constaté l'existence des hématozoaires avec tous les caractères décrits par M. Laveran, notamment les prolongements flagelliformes, animés de mouvements excessivement rapides, dont le microbe est pourvu à un certain moment de son développement.

M. Straus a fait justice à ce propos de la manœuvre de deux observateurs italiens : MM. Marchiafava et Celli qui ont tenté de s'approprier la découverte de notre compatriote en décrivant sous un autre nom, celui de plasmodes, les hématozoaires de Laveran.

(1) Société de Biologie, 24 novembre.

Nécrose phosphorée (1).

M. *Magitot* affirme, d'après 65 observations personnelles, que le mécanisme de la nécrose phosphorée est, comme le pensait déjà M. Th. Roussel, la pénétration des vapeurs du phosphore par une dent cariée ; mais il faut que la carie appartienne à cette forme spéciale que l'auteur désigne sous le nom de carie pénétrante. Le mécanisme admis par M. Magitot serait, d'après lui, constant et il conviendrait de repousser d'une façon absolue les autres théories proposées, celle des Allemands, d'après laquelle le phosphore aurait une action élective sur les os (Lorinser) et celle d'après laquelle le phosphore pénétrerait à travers le périoste de la gencive (Trélat, Lailler).

Conclusions prophylactiques : perfectionner les moyens de ventilation et d'isolement des services de fabrication, supprimer ou neutraliser l'atmosphère phosphorée des ateliers, interdire l'entrée de la fabrique à out in liv i du de santé défectueuse et surtout de dentition suspecte et faire des visites fréquentes à la suite desquelles on renverrait immédiatement tout porteur de carie dentaire pénétrante. Enfin, il faut rappeler une dernière fois le vœu si souvent émis et si inutilement que le phosphore rouge, absolument inoffensif, fût toujours substitué au phosphore blanc.

Atrophie musculaire à évolution rapide pendant la grossesse. (2)

M. *Desnos* communique l'observation d'une femme qui, déjà très anémiée par une métrite hémorrhagique et atteinte d'une pelade étendue, vit un début de grossesse, en février 1887, accidenté par

(1) Académie de médecine, 27 novembre.
(2) Académie de médecine, 27 novembre.

des vomissements incoercibles et de violentes douleurs gastriques. En juin apparaissait une paraplégie flasque avec atrophie musculaire rapide, abolition des réflexes et perversion de la sensibilité. La paralysie gagna bientôt les membres supérieurs, la contractilité électrique abolie aux membres inférieurs n'était que diminuée aux membres supérieurs, pas de troubles des sphincters, pas de fièvre, affaiblissement des facultés intellectuelles, cachexie rapide.

Sur l'avis de M. Joffroy on décida de provoquer l'accouchement prématuré le 13 juillet. A partir de ce moment, l'amélioration se manifesta, rapide quant aux forces, lente quant à l'atrophie musculaire qui, après être restée longtemps stationnaire, disparut progressivement sous l'influence de l'électrisation et de l'hydrothérapie. Il y eut un moment un œdème assez notable des membres inférieurs, probablement d'ordre vaso-moteur. Aujourd'hui la malade est guérie, les facultés intellectuelles sont intactes, la pelade a disparu, l'embonpoint est revenu, la contractilité électrique est normale.

Après avoir discuté la nature de cette paralysie, M. Desnos écarte la paralysie puerpérale ou urémique à cause de l'atrophie musculaire et de l'absence d'albumine, — l'hystérie, à cause de l'absence des stigmates et de la persistance — de la sensibilité ; une paralysie réflexe à point de départ utérin, l'atrophie musculaire ayant été trop profonde, — et la pseudo-paralysie par compression des troncs nerveux du bassin par une péri-métrite, qui n'existait pas. Il aboutit par exclusion aux deux hypothèses d'une névrite parenchymateuse généralisée ou d'une myélite des cornes antérieures, entre lesquelles il ne se prononce pas ; pourtant, bien que myélites et névrites soient souvent causées par des maladies infectieuses, les névrites sont peut-être plus souvent encore infectieuses, et dans ce cas la puerpéralité aurait favorisé une infection dont la nature et la porte d'entrée sont restées inconnues.

Désinfection des mains du chirurgien (1).

De nombreuses expériences ont montré que les procédés ordinaires employés par les chirurgiens pour se désinfecter les mains n'arrivent jamais à détruire les microbes qui sont sous les ongles. Furbringer, de Berlin, a modifié ces procédés en intercalant un lavage à l'alcool à 80° entre le lavage au savon et le lavage au sublimé. La désinfection des mains comprend alors les opérations suivantes :

1° Curage mécanique des ongles à sec.

2° Lavage et brossage au savon et à l'eau aussi chaude que possible pendant une minute au moins.

3° Lavage et brossage à l'alcool à 80° pendant le même temps ;

4° Avant l'évaporation totale de l'alcool, lavage et brossage dans une solution antiseptique, mercurielle ou phéniquée, etc., etc.

Laisser sécher les mains à l'air libre.

Grâce à ce procédé, l'auteur allemand dit que les râclures de l'espace sous-unguéal ensemencées alors en gélatine sont toujours demeurées stériles.

MM. J. *Roux* et *Reynès* ont été moins heureux au point de vue expérimental, ils ont trouvé que sur 40 ensemencements l'asepsie n'avait été réalisée que 33 fois. La méthode de Furbringer n'a donc pas encore atteint la perfection ; elle est cependant un progrès très réel et les chirurgiens se trouveront bien de la mettre en pratique.

(1) Académie des sciences, 26 novembre.

NEUROLOGIE PRATIQUE

L'Hypnotisme comme agent thérapeutique.

Par une coïncidence fortuite j'ai été consulté deux fois dans la même journée sur l'opportunité d'employer la suggestion hypnotique comme moyen de traitement pour deux malades.

Dans l'un des cas, il s'agissait d'un enfant atteint de malformation congénitale du crâne, extrêmement arriéré, avec instincts vicieux malheureusement plus développés que son intelligence. — Dans le second cas, il s'agissait d'une hystérique ayant présenté à diverses époques de sa vie des troubles morbides ressortissant à la névrose hystérique, paralysies, contractures, etc., etc., et atteinte aujourd'hui d'une sorte de mélancolie avec idées de suicide.

La réponse à faire dans le premier cas ne m'embarrassa point, je la fis négative bien que, à en croire certains écrits récents, la suggestion hypnotique pût être suivie de bons effets même dans les affections évidemment organiques du système nerveux. Dans le second cas, je crus pouvoir approuver la tentative de suggestion hypnotique, mais je récusai mon intervention personnelle et engageai la malade à s'adresser à quelqu'un des médecins neuro-pathologistes qui se sont voués depuis plusieurs années à l'étude de cette question.

Comme je réfléchissais ensuite aux difficultés qu'il y a pour nous tous à distinguer le bon grain de l'ivraie dans cette abondante moisson de faits relatifs au somnambulisme et à l'hypnotisme que l'époque contemporaine voit éclore, je ne fus pas peu satisfait de recevoir un exemplaire de la seconde édition du livre que mon ami et collègue, le Dr Gilles de la Tourette, chef de clinique des maladies du système nerveux à la Salpêtrière, a consacré à l'hypnotisme et aux états analogues. C'est un ouvrage excellent et qui est venu à point ; son succès le prouve, puisque la 1re édition a été épuisée en deux ans. Je l'avais lu avec grand plaisir à son apparition et c'est avec un plaisir égal que je viens de feuilleter de nouveau les principaux chapitres.

Une pareille lecture fournit les éléments d'appréciation, le critérium que je réclamais tout à l'heure au nom des incompétents ; car l'auteur possède, lui, toute la compétence voulue grâce à l'instruction que lui ont donnée ses deux maîtres éminents en neurologie et en médecine légale, les professeurs Charcot et Brouardel. Il m'a semblé que les lecteurs du *Concours médical* seraient heureux de connaître

(1) L'hypnotisme et les états analogues au point de vue médico-légal. Librairie Plon. Paris, 1889.

l'opinion de l'auteur de ce livre et par conséquent de ses maîtres sur ce qu'il appelle les bienfaits et les dangers de l'hypnotisme.

Son opinion se trouve résumée dans la formule suivante : « L'hypnotisme n'agissant que sur les névropathes, pour ne pas dire les hystériques, ses manœuvres ne devront être employées, comme moyen thérapeutique, que pour la cure des accidents qui relèvent de cet état pathologique... Il est médicalement interdit, sous peine de voir se développer une foule d'accidents beaucoup plus graves que ceux qu'on entreprenait de guérir, d'hypnotiser les sujets ne présentant pas les symptômes de l'hystérie confirmée. »

I

C'est que les dangers de l'hypnotisme sont bien réels; ils n'existent pas seulement quand l'hypnotisme est pratiqué par le premier venu ou par un charlatan, ils existent encore quand l'hypnotiseur est un médecin incompétent en cette neuro-pathologie spéciale, insuffisamment familiarisé avec la technique de l'hypnotisme. S'il convient de restreindre aux seuls hystériques les tentatives de thérapeutique hypnotique, il faut encore parmi ces malades ne s'adresser qu'à ceux qui présentent des phénomènes nerveux assez importants pour que ceux que l'on risque de produire soient inférieurs en gravité aux symptômes actuels. « Il vaut mieux vivre en paix avec de légers troubles hystériformes que de s'exposer à la révélation des accidents les plus tenaces de la névrose, les crises convulsives en particulier. »

Dès l'aurore du magnétisme, l'influence directe de cet agent sur la production de l'hystérie convulsive est mise en évidence et l'on sait que Mesmer se proposait précisément de chercher à produire la crise convulsive pour améliorer l'état des malades. Or, la clinique moderne nous a démontré que c'est surtout en éloignant les phénomènes convulsifs qu'on peut améliorer la santé des hystériques.

Entre parenthèses, à noter ce passage d'une comédie représentée en 1784. (*Les docteurs modernes*, comédie-parade en 1 acte et en vaudeville suivie du *Baquet de Santé*). « Une certaine Aglaé qui, suivie d'un abbé galant, a pénétré dans la *salle des Crises* de Mesmer, demande à l'une des malades présentes : « Madame, combien y a-t-il de temps que vous suivez ce traitement? » — *La malade*. «Deux ans ».— *Aglaé*. « Et vous en trouvez-vous mieux ? » — *La malade*. « Beaucoup mieux, Madame, *je n'avais qu'une crise par semaine, actuellement j'en ai deux par jour*. »

L'influence de l'hypnotisme sur l'éclosion ou l'aggravation des accidents hystériques est hors de doute et il suffira de rappeler, parmi d'innombrables faits, cette petite épidémie d'hystérie de famille dont il a été question en 1885. Un officier s'adonnait, ainsi que sa femme, aux pratiques du spiritisme, qui confinent de si près aux manœuvres hypnotiques qu'il n'y a pas lieu de les différencier dans la circonstance. Ils avaient 3 enfants. A la suite de séances de ce genre, la fillette, 13 ans 1/2, qui remplissait les fonctions de médium, fut soudainement prise d'une violente attaque d'hystérie. Quelques jours plus tard, ses deux frères avaient à leur tour des convulsions. Après bien des traitements infructueux, les enfants restèrent plus de six mois dans le service de M. Charcot, ils en sortirent guéris, en apparence tout au moins, mais emportant avec eux une prédisposition bien inquiétante pour l'avenir ; les parents jurèrent de ne plus s'occuper de spiritisme, toutefois le mal était fait.

A rapprocher de ce fait celui d'une domestique devenue somnambule par la magnétisation d'un grand amateur de magnétisme ; elle n'était que très nerveuse, elle devint une vraie voyante, une pythonisse de village, et un beau jour alla se noyer dans un accès de somnambulisme.

Et celui du jeune homme qui, ayant subi, au café Procope, en 1884, diverses suggestions somnambuliques de la part du docteur Brémaud, continua à avoir des accès de somnambulisme spontanés où il reproduisait les actes antérieurement suggérés ; l'un de ces actes n'était pas anodin, puisqu'il s'agissait de fouiller dans un tiroir et d'y prendre de l'argent !

Parmi les pratiques à l'aide desquelles on peut provoquer l'hypnose, il convient de faire une distinction entre les *procédés de force* et les *méthodes de douceur*.

Aux premiers se rattachent certains moyens ayant pour but de produire un certain degré de congestion encéphalique, faire tourner rapidement le sujet sur lui-même, ou l'obliger à se baisser un certain temps la tête rapprochée du sol pour ne faire intervenir la fixation du regard ou d'un point lumineux qu'au moment où la congestion a atteint son plus haut degré d'intensité (Brémaud). L'hypnose ainsi subitement obtenue n'est pas sans inconvénient ; elle s'accompagne souvent de contractures plus ou moins généralisées, peut se dénouer par des attaques convulsives et laisser les sujets tout hébétés.

Préférable est la méthode de douceur telle que l'emploie M. Liébault, à Nancy. « Là, pas de brusqueries, il s'agit *d'affirmer* au malade qu'il ne souffre plus et, comme le somnambulisme est l'état le plus favorable à cette *affirmation*, on ne recherche l'hypnose que dans ce but purement thérapeutique. Suggestion et affirmation opèrent lentement, sans secousse, et donnent d'excellents résultats chez les névropathes dont les lésions sont purement dynamiques ».

II

Revenons aux accidents hystériques auxquels il est légitime d'appliquer l'hypnotisme.

A supposer bien entendu que le sujet soit hypnotisable, ce qui n'est pas le cas de tous les hystériques, il faut bien le savoir, on peut se proposer de *prévenir une crise convulsive*. Le sujet étant en imminence d'attaque, ce qu'il sent le plus souvent lui-même à certains phénomènes prémonitoires, on peut le plonger dans un état hypnotique calme, léthargie ou somnambulisme, et l'y laisser pendant un temps suffisant pour qu'au réveil toute disposition à l'accès ait complètement disparu. Toutefois il faut se hâter de provoquer l'hypnose dès l'appari-

tion des prodrômes de l'attaque, car plus celle-ci est proche et plus il devient difficile d'obtenir le sommeil, malgré les efforts que fait le sujet lui-même pour aider à l'hypnotisation.

Le sommeil obtenu, la phase léthargique est celle où il vaut mieux laisser les sujets, le sommeil y étant calme et réparateur. On ne peut malheureument l'obtenir chez tous les sujets.

On peut encore les laisser sans inconvénient dans un état de somnambulisme tranquille, les yeux à demi-clos, capables de recevoir et d'exécuter des suggestions, mais demeurant immobiles si on ne leur en fait pas. Par contre, il est un somnambulisme *agité* où il serait dangereux de laisser les malades, car, sans une surveillance étroite, de graves accidents pourraient survenir.

On ne peut laisser non plus les hystériques en catalepsie plus de 5 à 6 minutes sous peine de déterminer des contractures généralisées. On voit combien il importe d'être expert en hystérie et en hypnotisme pour appliquer utilement cette thérapeutique.

On peut d'ailleurs, sans inconvénients, laisser un sujet en léthargie pendant 10 à 15 heures ; 7 à 8 suffisent le plus souvent pour prévenir l'accès convulsif; si c'est le soir, on peut lui laisser faire sa nuit. Il n'est jamais difficile de réveiller le sujet au bout de ce temps, en lui soufflant un peu vivement sur les yeux. Dans la majorité des cas d'ailleurs, le réveil surviendrait spontanément après 24 ou 30 heures de sommeil.

Sans que l'hypnose puisse être considérée comme le remède héroïque des phénomènes convulsifs de l'hystérie, il est certain, au dire de MM. Paul Richer et Gilles de la Tourette, que les hystériques fréquemment hypnotisées voient souvent leurs attaques s'éloigner de plus en plus et disparaître parfois pour plusieurs mois ; que, depuis plusieurs années qu'on étudie l'hypnotisme à la Salpêtrière, la grande attaque d'hystérie y est devenue beaucoup plus rare chez les sujets hypnotisés.

Nous verrons dans un article ultérieur, quels sont les autres accidents de l'hystérie sur lesquels l'hypnotisme peut avoir prise, et si d'autres maladies peuvent en bénéficier.

(*A suivre.*)

P. Le Gendre.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Revision de la législation médicale.

L'opinion du professeur Brouardel.

La question de revision de la législation a fait parler d'elle ces jours-ci. — Aux Chambres? — Oh non! Les Chambres ont autre chose à faire et ne s'occupent, on le sait, que de choses importantes. La législation médicale, qu'est-ce cela? Parlez-nous intérêt général et non questions particulières.

Les journalistes parlementaires communiqueront-ils avec le public par un passage couvert ou risqueront-ils de se mouiller les pieds?.... La chose est d'importance et on la porte à la tribune; le bureau se réunit, on en reparle en séance, on vote, on scrutine à perte de vue. Mais la médecine et les médecins ! sont-ils assez emb.... nuyeux !

Aussi bien le Parlement continue-t-il à ne pas s'occuper de nous. C'est le professeur Brouardel qui *ex cathedrâ* a cru utile de traiter certaines questions particulières devant son auditoire. Les députés, les sénateurs, s'ils venaient à se souvenir que nous existons, pourraient consulter les médecins qu'ils connaissent, et il est bon que ceux-ci ne soient pas pris au dépourvu.

Le maître a donc parlé des officiers de santé et du service militaire pour les médecins.

Sur la première question, après avoir rappelé les circonstances dans lesquelles le second ordre des médecins a été créé et le défaut de garanties présentées au début par les officiers de santé, M. Brouardel s'exprime ainsi :

« Les choses ont bien changé depuis, mais la loi « est restée la même: les officiers de santé n'ont le « droit d'exercer que dans un département déter- « miné, tandis que les docteurs peuvent exercer sur « tout le territoire français; de plus, les premiers « n'ont pas le droit de pratiquer les grandes opéra- « tions chirurgicales, s'ils ne sont assistés d'un « docteur.

« On ne peut guère prendre à la lettre cette se- « conde partie du règlement. En effet, il est absolu- « ment impossible d'interdire à un officier de santé « qui se trouve éloigné de plusieurs lieues d'un doc- « teur d'opérer une hernie étranglée, de faire une « trachéotomie ou de lier une artère fémorale qui a « été coupée dans une rixe. Il y a des cas où l'ur- « gence couvre tout.

« En revanche, il en est d'autres où il est tou- « jours possible de différer l'intervention, par exemple « lorsqu'il s'agit d'une cataracte, d'une taille, d'une « lithotritie, etc..

« Mais le point sur lequel je tenais à insister, c'est « qu'au moment où on a établi les officiers de santé, « on a voulu seulement régulariser la situation in- « correcte d'un certain nombre de médecins. Quel- « ques années plus tard, en 1845, on a mené une « violente campagne contre les officiers de santé. « Depuis lors tout a changé, les conditions ne sont « plus les mêmes, il y a des examens très difficiles à « subir et, pour ma part, je connais des officiers de « santé qui sont médicalement aussi instruits que « certains docteurs.

« D'ailleurs, il y a actuellement en France, 30,373 « communes sur 36.000 environ qui n'ont ni doc- « teur ni officier de santé. De plus, en 1847, on « comptait 18.099 médecins, répartis entre 10.600 « docteurs et 7.500 officiers de santé; en 1881, on « comptait 14.846 médecins, répartis en 11.643 doc- « teurs et 3.209 officiers de santé ; enfin, en 1886, « on comptait 14,780 médecins, répartis en 11.995 « docteurs et 2.794 officiers de santé.

« Par conséquent, la diminution des médecins a « toujours été en augmentant et la perte s'est faite « sur les officiers de santé.

« Eh bien ! la suppression des officiers de santé « augmentera-t-elle le nombre des docteurs? C'est là « toute la question.

« Elle ne l'augmentera pas, et voici pourquoi. Qui « est-ce qui se fait officier de santé? Il y a deux ca- « tégories: 1° ceux qui sont obligés de renoncer au « doctorat, parce qu'ils n'arrivent pas à passer leurs « examens; 2° ceux qui sont nés d'artisans et qui « ont fait un effort considérable pour aller plus loin « que leur père.

« Il est remarquable que le recrutement des offi-

« ciers de santé se fait presque exclusivement dans « certains départements : ce sont le Nord, la Somme, « le Pas-de-Calais, l'Aisne et une petite oasis de la « Gironde. En général, les départements pauvres « n'en fournissent pas : dans la Lozère, il n'y en a « pas eu un seul depuis trente ans.

« On dit qu'il est antidémocratique de donner « des grades différents à des individus qui doivent « exercer la même profession. Je ne trouve pas an- « tidémocratique de permettre à des individus d'ar- « river facilement à une position sociale bien au- « dessus de leur origine. Je ne trouve pas antidé- « mocratique d'assurer le service médical dans les « campagnes.

« On dit qu'il faut faire l'unité du titre. Pour y « arriver il faudra abaisser la valeur des épreuves « qui précèdent l'admission dans les Facultés, on « ne pourra refuser à des jeunes gens laborieux, « mais ayant une instruction générale inférieure, « l'entrée de la carrière médicale. Il n'y aurait plus « alors dans le corps médical ce fonds commun « d'instruction du collège qui est si nécessaire ; car, « si par hasard le médecin est pris par son client en « flagrant délit d'ignorance, la confiance est tout de « suite ébranlée. Le jour où on aura fait l'unité de « grade, le titre de docteur perdra de son prestige. « Aussi je crois que nous n'avons aucun intérêt à « supprimer les officiers de santé et à abaisser en ce « moment la valeur du corps médical français qui, « laissez-moi vous le dire sans forfanterie, est su- « périeur comme honorabilité et comme pratique à « ceux de tous les pays. » (1).

Nous ne savons ce qu'ont pu penser de l'opinion du professeur les étudiants auxquels elle a été exposée, mais nous serions fort surpris qu'elle reçût l'adhésion des médecins qui pratiquent.

On est étonné, en vérité, de trouver des arguments semblables dans la bouche de l'éminent doyen de la Faculté, et, si l'on ne consultait que la logique en ce monde, on devrait convenir qu'une thèse est bien malade quand elle n'est soutenue que par de semblables arguments.

Nos sentiments sur les officiers de santé sont assez connus pour que nous n'ayons pas besoin de faire ici une profession de foi, et les témoignages que, dans notre campagne sur la revision législative, nous avons reçu d'un grand nombre d'entre eux nous ont prouvé que nous parlions vraiment dans l'intérêt de tous quand, respectant des droits très honorablement acquis, nous condamnions de la façon la plus formelle une institution surannée.

3.000 communes, nous dit M. Brouardel, n'ont pas de médecins. Prétendrait-il par hasard que chaque commune en doit avoir un ? Et, si le nombre des praticiens a diminué depuis 1845, soutiendrait-il que les nécessités de l'existence ne sont pour rien dans cette diminution ?

Si un pays ne peut nourrir que 15,000 praticiens, aucune force ne pourra lui en donner 18.000 et encore moins 30.000. Voilà la véritable cause de cette diminution qui d'ailleurs s'arrête sensiblement depuis qu'elle a atteint ce chiffre qui paraît normal.

Que la répartition de ces 15.000 médecins ne soit pas ce qu'on pourrait souhaiter, la chose est possible et on peut regretter qu'il y ait pléthore ici et insuffisance plus loin. Mais, encore une fois, le médecin ne s'installera qu'où il sent pouvoir vivre et en cela il a mille fois raison.

Que vient donc faire en tout ceci l'institution des officiers de santé ? Officier ou docteur, le praticien tient une place, et il est tout naturel que cette place, il tâche de la faire la meilleure possible. Cela est si vrai que dans ces communes pauvres, dans ces pays déshérités auxquels on voudrait destiner les officiers de santé, il ne s'en rencontre justement pas, alors qu'ils fourmillent dans les pays riches, à population dense où les docteurs sont nombreux.

Ils vont, nous le répétons, où ils peuvent gagner leur vie. Qu'est-ce donc alors que cet argument des pays dépourvus de médecins et des populations misérables dédaignées des docteurs ?

Des candidats à l'officiat dont parle M. Brouardel, la première catégorie, on en conviendra, n'est guère intéressante, car on se demande quel intérêt social il peut y avoir à conférer le *jus medicandi*, comme officiers de santé, à des candidats auxquels on le refuse justement comme docteurs.

Il y a bien cette différence de droits qu'établit la loi, mais elle est illusoire, tout le monde le reconnaît : elle est pratiquement condamnée, puisque, d'une part, l'urgence couvre tout, et que, d'autre part, la confiance du malade fait le reste et ne se discute pas.

Si donc la Faculté admet ces candidats, ne peut-on dire qu'elle accomplit une œuvre néfaste, antidémocratique et antisociale ?

Quant aux seconds, ce sont les seuls dont il convienne de s'occuper. Mais ces sujets privilégiés, ces travailleurs d'élite dont vous proclamez vous-même les connaissances et la valeur, abaisseraient-ils donc tant le corps médical, si vous leur donniez le diplôme de docteur ?

Quoi ! parce qu'ils n'auront traduit ni Sophocle, ni Homère, parce qu'ils ignoreront Sénèque et Virgile, seront-ils tellement inférieurs à leurs confrères dont la plupart ont consciencieusement oublié ces auteurs ? Et si les lettres seules ont le pouvoir de faire des hommes supérieurs, n'auront-ils pas la consolation de penser qu'officiers, ingénieurs, marins et bien d'autres, ne sont pas plus avancés qu'eux ? Car, on nous accordera bien que, dans les classes de sciences, l'étude des littératures anciennes est quelque peu négligée.

Quand un homme est de taille, par ses seules forces, à arriver au point de soutenir, aux yeux d'un doyen de Faculté, la comparaison avec des docteurs qui ont suivi toute la filière, on peut être sûr que dans aucun milieu, il ne se trouvera déplacé et qu'il est peu de clients qui pourront le prendre en flagrant délit d'ignorance.

Résumons les arguments de M. Brouardel :

Beaucoup de communes sont dépourvues de médecins et l'institution des officiers de santé doit les en pourvoir. — L'expérience prouve que les officiers de santé fuient ces communes.

Il n'est pas antidémocratique de permettre à des individus d'arriver facilement à une position sociale bien au-dessus de leur origine. — C'est plus qu'antidémocratique si ces individus sont incapables.

On abaisserait la valeur du corps médical en admettant au doctorat des candidats dont les études préliminaires n'auraient pas été complètes. — En aucune façon, si ces individus ont fait l'effort considérable que vous dites et s'ils sont « médicalement aussi instruits que certains docteurs ».

Que reste-t-il donc de toutes ces affirmations et en quoi affaiblissent-elles les arguments très solides qui militent en faveur de la suppression de l'officiat ?

M. le professeur Brouardel peut relire le rapport

(1) *Gazette des Hôpitaux*, 6 novembre 1888.

du Dr Geoffroy, il y trouvera, avec les aspirations véritables du corps médical, la réfutation victorieuse de tous les sophismes, de toutes les naïvetés et de toutes les argumentations illogiques à l'aide desquels on s'efforce, sous couleur de libéralisme, de conserver une institution qui n'a plus sa raison d'être et qui maintient dans une situation inférieure, souvent blessante, le quart des médecins français.

(*A suivre.*) Dr A. GASSOT.

Médecins et Commissions administratives des hospices.

Béziers, le 1er novembre 1888.

Monsieur le Rédacteur en chef du *Concours médical*.

Vos lecteurs n'ont sans doute pas oublié un incident survenu entre la commission administrative et le médecin de Cazouls-lez-Béziers (Hérault), à l'occasion d'un blessé qu'un administrateur avait fait sortir de l'hôpital, de sa propre autorité, pour le confier à un rebouteur. Monsieur le docteur Aoust, notre confrère si impudemment lésé dans sa dignité et dans ses droits, donna sa démission et la maintint, après avoir demandé vainement satisfaction à la Commission et à M. le Préfet. La Société médicale de Béziers, dont le Dr Aoust fait partie, protesta à son tour auprès de M. le préfet par l'organe de son Président, M. le Dr Thomas, mais sans plus de résultat ; enfin, elle entreprit une campagne dans les journaux médicaux. Vous voulûtes bien alors ouvrir les colonnes de votre estimable journal au récit détaillé de cet incident ; aujourd'hui, c'est pour en raconter brièvement l'épilogue que nous vous demandons à nouveau l'hospitalité.

Le médecin d'un village voisin qui avait accepté de remplacer le Dr Aoust à l'hôpital de Cazouls, mourut peu de mois après. Voilà encore la Commission dans l'embarras, obligée de se mettre en campagne, à la recherche d'un chef de service. Elle n'avait pas à compter sur le concours du collègue du Dr Aoust à Cazouls, le Dr Decays qui dès l'abord avait refusé. D'autre part, la publicité donnée à cette affaire et l'émotion qu'elle avait causée dans le corps médical de la région ne devaient pas lui rendre la trouvaille facile. Alors, par un retour de sagesse et de justice, elle se décide (par lettre du 17 juin) à offrir au Dr Aoust de reprendre son service, sans dire un mot de l'incident. Le Dr Aoust estime à bon droit que la réparation n'est pas suffisante, et répond par un refus motivé qui provoque la lettre qui suit, écrite tout entière de la main d'un administrateur et datée du 19 juin.

Cazouls-lez-Béziers, le 19 juin 1888.

Monsieur le Docteur Aoust,

La lettre que nous vous avons *adressé* (sic) le 17 courant a été la conséquence d'un malentendu ; veuillez la considérer comme non avenue.

Nous venons vous prier de mettre un terme à l'incident de l'hospice si nuisible aux pauvres indigents.

La commission administrative vous renouvelle, *quand* (sic) faisant ce qu'elle a fait, (elle) n'a pas cru porter atteinte à la dignité du corps médical.

Oubliez cet incident que nous regrettons aujourd'hui, et veuillez reprendre votre place au milieu de vos anciens malades.

(Suit la signature).

Timbre de l'Hospice.

Cette lettre donnant pleine satisfaction au Dr Aoust, celui-ci s'est empressé, dans l'intérêt des malades d'adresser son acceptation de la Commission administrative, et, sur l'invitation de l'ordonnateur, il est entré immédiatement en fonctions.

La conclusion éclate aux yeux. Pourtant, il ne nous semble pas superflu de l'exprimer : la vérité, même évidente, souffre les redites. C'est la nécessité de l'association.

Veuillez agréer, Monsieur et honoré confrère, au nom de mes collègues mes sincères remerciments et l'assurance de ma haute considération.

Dr ROME,
Secrétaire de la Société locale de Béziers (Hérault.)

SYPHILIGRAPHIE

Des formes graves de la syphilis. — Comment et pourquoi la syphilis peut être grave. — Pronostic de la syphilis.

(*Suite*).

Par M. A. MOREL-LAVALLÉE,

Chef de clinique de la Faculté à l'hôpital Saint-Louis.

III

4. *Syphilis maligne précoce.* — Nous ne voulons point décrire tout au long cette forme, bien étudiée depuis Bazin et Dubuc (1864) et aujourd'hui connue de tous ; nous ne l'examinerons qu'à un point de vue général et en traçant les grandes lignes. C'est une infection intense, suraiguë : les syphilides, polymorphes dès la première éruption, sont d'emblée ulcéreuses, ecthymateuses, voire térébrantes ; ce sont de véritables gommes de la peau. Ou bien alors ce sont d'énormes papules, ou même des tubercules (c'est-à-dire *non susceptibles de résolution*), déjà disciplinés, agminés. Les poussées cutanées se succèdent sans interruption et sont même subintrantes. Et il n'y a pas que la peau où le tertiarisme devance son tour : on peut assister à une véritable explosion d'accidents viscéraux ou autres : ostéo-périostoses persistantes, orchites, irido-choroïdites. Mais ce qui est surtout effrayant, c'est le formidable mouvement de dénutrition auquel on peut assister : tel de nos malades, observé cette année par nous chez l'éminent professeur de Saint-Louis, avait, en six mois, perdu TRENTE LIVRES de son poids ; cet homme, jadis hercule forain, était réduit à se faire camelot ! Cette cachexie terrifiante résulte en partie, outre la toxhémie, de l'inanition relative due à la douleur de la déglutition (plaques muqueuses buccales ulcératives, syphilides gommeuses pharyngo-amygdaliennes), de l'inappétence, du mauvais état de la bouche par incurie, des altérations préalables (alcoolisme, etc.), des voies digestives, toutes choses qui, en outre, rendent excessivement difficile l'emploi des moyens thérapeutiques.

Que vont devenir ces syphilis, se demandera le médecin, ou, pour parler plus humainement, quel sera l'avenir d'individus aussi cruellement frappés? Chez quelques sujets, tout s'amende après quelques semaines, tandis que chez d'autres (Homolle), l'état général reste mauvais et les poussées éruptives se succèdent presque sans trêve pendant plusieurs mois, et jusqu'à la mort. Oui, certes, il est possible qu'on guérisse entièrement d'une syphilis *intense* précoce ; mais après une syphilis *maligne vraie*, même si la vérole *peut*, dans ces cas, s'éteindre

pour toujours (et il en est heureusement des exemples), il nous semble difficile que le sujet sorte de cette épreuve absolument indemne comme état de santé, outre ce qu'il peut avoir acquis comme cicatrices cutanées, mutilations faciales, nodosités testiculaires scléreuses persistantes, etc. Qu'est-il donc alors réservé à ceux qui, comme c'est du reste la très grande majorité, survivent à ce naufrage de leur santé (réserve faite pour les heureux qui en sont plus ou moins quittes désormais avec leur maladie) ? Plusieurs ordres de faits se présentent : tantôt ce sont des atteintes viscérales, diverses et multiples, poussant progressivement le patient dans la cachexie tertiaire où il trouvera la mort, soit dans le marasme, soit par une affection aiguë [érysipèle, pneumonie (Lancereaux)]; tantôt les récidives du tertiarisme, se produisant sous la même forme, porteront sur un seul et même organe et ruineront l'économie au prorata de l'importance vitale de ce dernier. Exemples : 1° syphilides gommeuses du pharynx, cinq récidives en un an (observations personnelles) ; 2° laryngites scléro-gommeuses à poussées rapprochées ou subintrantes, sténose respiratoire, tuberculose pulmonaire, mort (observation personnelle).

La tuberculose, encore ici, est un aboutissant ultime fréquent de la cachexie précoce, indépendamment des complications inhérentes pour chaque malade aux propathies qui ont joué chez lui le rôle de facteurs de gravité de la syphilis : hépatites, chez les buveurs ; vascularites, chez les paludiques, etc. A noter seulement ici qu'il ne semble pas que les syphiloses nerveuses se rencontrent avec une fréquence marquée chez ceux qui ont souffert de la *syphilis maligne précoce.*

La forme maligne de la vérole serait *fort rare* de nos jours, à en croire bon nombre d'auteurs, et Jullien en particulier. Nous ne sommes malheureusement pas fondé à souscrire à cette opinion ; peut-être est-elle devenue plus fréquente ces dernières années, concurremment avec les progrès croissants de l'alcoolisme; toujours est-il qu'il ne se passe pas de mois où il n'entre dans le service de la clinique de Saint-Louis au moins un malade inscrit au registre des diagnostics avec la mention *syphilis dénutritive* ou *syphilis maligne précoce.* Le nombre de ces cas est même assez fréquent (relativement) pour qu'il nous souvienne avoir entendu dire à notre excellent maître, M. le professeur Fournier, qu'il n'était pas prouvé, pour lui, que la syphilis eût été, lors de sa naissance ou sa renaissance en Europe, notablement plus grave qu'elle ne l'est de nos jours.

Aussi bien une courte statistique en dira-t-elle plus long que toute cette discussion. Nous avons pris, sur le registre des diagnostics du service de la clinique, six mois de 1887 (juillet-décembre) et trois mois de 1888 (mai-juillet). En ne tenant pas compte des enfants, ni des malades entrés plusieurs fois pendant ces neuf mois, voici le relevé des syphylitiques hospitalisés :

	Nombre total	Malades à l'âge tertiaire	Accident primitif seul	Accidents de l'âge secondaire	Syphilis grave intense	Syphilis grave maligne
Hommes...	155	54	19	82	7	9
Femmes ...	112	18	4	90	2	3

N'ayant en vue ici que la forme *primitivement* grave de la syphilis, c'est-à-dire les modalités graves de la période dite virulente, nous ne pouvons calculer que sur 82 hommes et 90 femmes. Or, sur ce nombre de cas, la vérole a été grave 16 fois chez l'homme ou 19,5 p. 100 et 5 fois chez la femme ou 5,5 p. 100 (1). Et si nous négligeons la variété *intense* (7 ou 8,5 p. 100 chez l'homme et 2 ou 2,22 p. 100 chez la femme), comme moins importante et d'ailleurs, d'appréciation difficile et variable, — il nous reste ceci :

Chez l'homme, la vérole a été *maligne* 9 fois, ou 11 p. 100; chez la femme, 3 fois, ou 3,33 p. 100.

Et l'on verra que nous n'avons pas été prodigue du qualificatif *maligne*, si l'on parcourt quelques-uns des diagnostics : gommes multiples récidivantes du pharynx dans la première année, — phagédénisme guttural précoce galopant, — néphrite persistante, — gommes du pharynx nasal, dénutrition, — syphilis maligne ulcéreuse précoce, — iritis double, synéchies postérieures, cataracte unilatérale, cécité, méningite à forme délirante, dans la première année; — syphilis dénutritive, gommes du pharynx; amaigrissement de 38 livres en deux mois, etc.

A quoi est due la malignité précoce de la syphilis? Cela nous entraînerait trop loin d'étudier les causes de gravité de la vérole en général ; mais, ce qui est certain, c'est que toutes nous les retrouverons ou pourrons les retrouver ici, puisque, d'une manière courante, qui dit *syphilis grave* entend désigner ainsi la syphilis grave *dès son origine*. Ces facteurs de gravité, les voici tels que les a admis M. Fournier : 1° l'alcoolisme (2) ; 2° la scrofulo-tuberculose (3); 3° l'âge (et principalement la vieillesse); 4° l'impaludisme ; 5° la prédisposition héréditaire ou acquise (surmenage physique et intellectuel, misère, etc.) ; 6° l'absence ou l'insuffisance de traitement au début de l'infection. Mais il y en a bien d'autres que nous ignorons ; dans beaucoup de cas, la syphilis est grave sans que nous puissions retrouver une des causes précédemment énumérées ; à celles-ci en tout cas, toutes inhérentes au terrain, M. le professeur Gémy (d'Alger) ajoute formellement *la qualité de la graine*, facteur de gravité qui, pour lui, prime de beaucoup tous les autres. Cette opinion, qui n'est pas admise, croyons-nous, par MM. Lancereaux et Fournier, notre savant et sympathique confrère d'Alger l'a résumée en cet aphorisme: « Si vous devez contracter la syphilis, prenez-là à une source largement, longuement et profondément mercurialisée (4). »

Existe-t-il quelque indice, qui, à l'aurore de la syphilis, permette de supposer qu'on aura affaire à une variété grave plutôt qu'à une forme bénigne ? Après les chancres indurés phagédéniques (a dit

(1) Ne pas oublier qu'il s'agit ici uniquement des malades qui composent la clientèle usuelle de l'hôpital, c'est-à-dire des « couches sociales » les moins favorisées au point de vue du bien-être, de la tempérance et de l'hygiène.

(2) C'est la cause la plus fréquemment retrouvée à l'enquête, aussi l'expression familière de *syphilis alcoolisée* est-elle souvent équivalente à *syphilis maligne précoce.*

(3) Il est nombre de tuberculeux dont l'état ne semble aucunement aggravé par une syphilis bénigne ou ordinaire ; Sigmund avait remarqué ce fait. Mais il faudrait engager ici une discussion qui sortirait de notre programme.

(4) Leçon d'ouverture de l'année scolaire 1887-1888.

Bassereau), surviennent les syphilides pustuleuses graves, les affections ulcérées de la peau plus tardives, les exostoses suppurées, les nécroses et les caries. » Le fait est vrai d'une façon générale, et si, au point de vue de la syphilis, le présent n'est en rien l'image de l'avenir, c'est surtout exact pour ce qui est des syphilis bénignes (qui peuvent finir sur le tard par une catastrophe tertiaire isolée) ; mais on peut dire le plus souvent avec raison : à chancre malin, syphilis maligne ; en sachant toutefois : 1° que ce n'est pas là une loi fatale, nécessaire, à beaucoup près (1) ; 2° qu'il ne faut pas confondre la tendance extensive, phagédénique du chancre, avec certains sphacèles qui peuvent parfois n'être dus qu'à des raisons mécaniques ou ne se produisent qu'en raison du siège de la lésion.

Voici, au point de vue d'un pronostic précoce, ce qu'a écrit M. Diday : « *La première syphilide* est le signe le plus précieux auquel on puisse s'attacher ; la syphilide, grâce à la forme très variable et très accusée sous laquelle elle se manifeste, arrive à donner une juste idée de ce que sera la syphilis dont elle marque le début. Avec une roséole pure et simple, restant telle pendant toute sa durée, n'affectant en aucun point la tendance à papuler, s'effaçant en dix ou quinze jours, vous avez beaucoup à espérer ; mais le contraire n'est pas moins vrai, et, au temps de mes premiers essais, je me rappelle avoir été deux fois sur le point de regretter d'avoir voulu ne lutter qu'avec des médications non spécifiques contre une vérole dont la première poussée à la peau avait été papuleuse et squameuse. »

Quel traitement convient-il d'instituer en présence d'une vérole rapidement maligne ; ici les divergences sont grandes, plusieurs auteurs pensant qu'il ne faut pas fatiguer les malades avec un traitement spécifique qu'ils ne supporteraient pas [Vidal] (2), tandis que le plus grand nombre pensent avec M. Fournier que le traitement ioduré et hydrargyrique doit être, au contraire, administré rapidement et *larga manu*, tout en y associant les toniques et reconstituants, dont les partisans de la première théorie voudraient faire temporairement un usage exclusif préalable.

VI

PÉRIODE TERTIAIRE. — Nous nous sommes assez étendu sur les formes précédentes pour être, sous peine de redites fatales, forcé d'être bref quand nous allons retrouver ici leurs homologues, occupant cette fois leur place normale dans le cadre chronologique.

1° *Syphilis tertiaire intense, continue.* — Sauf qu'elle se présentera cette fois après une phase secondaire commune ou moyenne, ou qu'elle aura succédé à une période intercalaire de plus ou moins grande durée, cette forme ne nous offrira rien de plus à considérer que ce que nous avons pu voir à propos de la syphilis maligne *précoce*. La syphilis tertiaire peut être grave par l'intensité, la gravité, la continuité de ses poussées, et aboutir à la cachexie tertiaire. Elle peut être grave par la modalité ulcérative de ses éruptions, ou au contraire, par la tendance sclérosante des néoplasies diffuses qu'elle produira d'une façon plus ou moins constante chez tel ou tel individu ; — par ses fréquentes récidives *in situ*, par les destructions et mutilations auxquelles elle peut donner lieu. Mais, quel qu'en soit le nombre, ses poussées (1) peuvent guérir. Nous avons vu plus haut toutes les conséquences qui peuvent en découler.

2. *Phagédénisme tertiaire.* — Il n'est à proprement parler qu'une modalité de la forme précédente, et si nous lui avons consacré un « en tête » de chapitre à part, c'est parce qu'il peut, dans certains cas aussi exceptionnels que malheureux, marquer de son sceau *tous* les accidents ulcéreux qui se rencontreront pendant une phase du tertiarisme. En général, si les syphilides sont multiples, le phagédénisme sera térébrant ; si elles sont uniques, ou groupées, il revêtira la forme extensive serpigineuse.

Or, précisément, il convient, au point de vue clinique, de rapprocher du phagédénisme (bien que chaque lésion, chaque élément éruptif ne soit pas, dans les cas qui vont suivre, à proprement parler phagédénique au vrai sens du mot), ces placards ulcéro-gommeux à évolution chronique intermittente, voire continue, subintrante, se reproduisant sans cesse *in situ*, poussant des irradiations serpigineuses en surface ou térébrantes vers la profondeur, et en arrivant à réaliser ce qu'on a appelé la syphilis *mutilante*. La face a le triste privilège d'être le lieu d'élection de semblables processus, dont les malheureuses victimes se voient condamnées à des infirmités dégoûtantes et à une claustration perpétuelle.

Mais il y a plus : la mort elle-même a pu être la conséquence du phagédénisme tertiaire ; celui-ci avait donc droit à une place d'honneur dans le cortège sinistre de la vérole maligne.

3. *Cachexie tertiaire.* — On désigne, dit Jullien, auquel nous empruntons les lignes qui vont suivre, on désigne sous le nom de *quaternaire* une période d'épuisement qui survient à la suite des accidents graves et surtout prolongés de la syphilis. Anatomiquement elle est caractérisée par des altérations du sang et des dégénérescences amyloïdes ou graisseuses des viscères ; cliniquement elle s'accuse par une série de troubles généraux communs à toutes les cachexies. Cet état, qui ne s'observe pas très fréquemment de nos jours, était commun au XVe et au XVIe siècle, et les anciens auteurs l'ont presque tous noté (G. Ucay, A. Paré).

Nous ne pouvons décrire cette cachexie, qui répond au *tabes sicca* que van Swieten opposait à la cachexie hydropique. A moins de lésions locales bien accentuées, elle n'a rien de particulier, et se termine, soit par marasme progressif, soit sous l'influence d'une phlegmasie intercurrente du poumon, de la plèvre, du péritoine.

(1) La qualité de la virulence (dit M. Leloir dans ses *Leçons sur la syphilis*) n'est pas, d'une façon certaine, en rapport avec l'aspect mauvais du chancre. On peut supposer que l'aspect plus ou moins grave du syphilome primaire indique seulement que le terrain de culture est *actuellement* propice à la prolifération du parasite et à la production des accidents qui en sont immédiatement la conséquence, mais n'indique en rien un pronostic d'avenir si le terrain de culture est ultérieurement modifié.

(2) Il convient d'ailleurs de remarquer que la résistance au traitement spécifique, — ou du moins à la manière et aux doses où il est habituellement employé, — est un caractère fréquent des accidents ulcéreux des syphilis malignes, et ceux-ci ne peuvent, en outre, se passer de topiques locaux appliqués avec le plus grand soin.

(1) Nous disons « ses *poussées* », parce qu'il s'agit de syphilis tertiaires *graves*, *malignes* ; autrement, rappelons-le, les accidents tertiaires, viscéraux comme cutanés, ont pour caractère distinctif d'être discrets, circonscrits, régionaux, isolés, solitaires.

4. *Localisations graves du tertiarisme.* — L'aspect *bénin* du syphilome primaire n'indique nullement qu'il ne se produira pas plus tard des foyers de culture donnant lieu à des accidents graves, soit par la diffusion et la grande prolifération du microbe, soit *par le siège même des foyers de prolifération microbienne,* a dit avec raison M. Leloir, en rajeunissant, sous le style du jour, l'opinion professée par MM. Ricord et Fournier.

C'est une illusion de croire, dit M. Fournier, que la bénignité de la période secondaire présage une égale bénignité de la période tertiaire. Une syphilis qui commence bien n'est pas moins exposée pour cela à mal finir. — Et pour en donner la preuve, il prend au hasard, dans sa statistique personnelle, 100 cas de la variété la plus grave des syphiloses tertiaires, la syphilis cérébrale, et voici ce qu'il a trouvé comme exorde à la vérole dans ces 100 cas.

La période secondaire a été extrêmement bénigne dans 17 cas, bénigne dans 54, moyenne dans 22 et grave dans 7.

Si on fait abstraction des cas moyens, qui n'ont aucune signification ici, on trouve que sur 78 cas de syphilis cérébrale, la syphilis secondaire a été bénigne 71 fois et grave seulement 7 fois ; ce qui revient à dire que la variété la plus grave de la forme morbide que nous examinons en ce moment, a pour exorde une syphilis secondaire plus ou moins bénigne 91 fois p. 100. Or, à quoi tient-elle, la « malignité » présente ? Ici nous ne pouvons plus invoquer aucun des facteurs de gravité connus de la vérole, car, nous l'avons dit à satiété, il n'est plus question ici de plus grande ou moindre virulence, mais simplement d'une localisation « malheureuse » et qui, placée ailleurs, eût produit une lésion de nulle importance. Nous ne pouvons donc, dans le cas actuel, rechercher que trois choses : 1° Qu'est-ce qui appelle la syphilis tertiaire discrète, solitaire, sur tel organe plutôt que sur tel autre ? 2° Peut-on empêcher le tertiarisme en général ? 3° Est-il possible de prévenir ses localisations les plus redoutables ?

1° Il est de notion commune aujourd'hui, que les manifestations des maladies infectieuses sont sollicitées, *appelées* : *a*) dans les *loci minoris resistentiœ* préexistants ; *b*) sur les tissus ou organes traumatisés ou surmenés postérieurement à l'infection. Donc, auront surtout à redouter : *la syphilis cérébrale* les surmenés de l'intelligence, les hommes de cabinet, les gens dont le cerveau est surchauffé (joueurs, etc.) ; *la syphilis hépatique,* les buveurs ; *la syphilis laryngée,* les chanteurs, les crieurs, les alcooliques, et ainsi de suite ; de là découle la prophylaxie, c'est-à-dire la solution de la troisième question. Mais, cela dit, il est certain que nombre de localisations tertiaires se produisent sans raison d'être apparente, sans aucune cause d'appel saisissable.

2° Quant à la question de savoir si on ne peut-pêcher la vérole d'arriver au tertiarisme, il faudrait pour la résoudre étudier complètement le traitement de la syphilis. Contentons-nous de dire que, de l'aveu à peu près général aujourd'hui (nous ne parlons pas des « opportunistes » impénitents), le traitement appliqué, dès le début, suivant le mode auquel on a avec une juste unanimité donné à l'étranger le nom de *méthode Fournier,* est considéré comme capable de réaliser le maximum de chances susceptibles de prévenir le tertiarisme, c'est-à-dire d'obtenir la guérison relative de la syphilis.

Nous en avons fini avec l'étude des *formes graves de la syphilis.* Voyons maintenant si d'une façon générale on peut, au point de vue clinique, « peser » l'avenir d'un syphilitique. M. Fournier estime que, *grosso modo,* la syphilis secondaire est bénigne 19 fois sur 20, soit 95 fois p. 100. Il ne reste donc que 5 cas p. 100 à partager entre les *syphilis intenses* et les *syphilis malignes vraies.* Déjà *a priori* s'il n'y avait à craindre que la gravité « de virulence » de la maladie, on pourrait presque toujours, surtout dans la clientèle de ville, en s'assurant qu'un malade n'est ni alcoolique, ni impaludique, affirmer qu'il a 95 chances p. 100 d'avoir une syphilis « bénigne ». Mais il reste la deuxième manière d'être grave de la syphilis, celle qui dépend des localisations tertiaires ; or, celle-là, jusqu'à quel point aurons-nous à la redouter ? Conservons l'exemple que nous avions choisi et gardons comme type la syphilis du cerveau, la plus fréquente des localisations tertiaires après les syphilides cutanées (Fournier). Eh bien ! dans sa clientèle de ville, sur 2124 malades hommes ayant présenté des symptômes tertiaires, M. le professeur Fournier trouve 187 syphilis cérébrales, soit 8,8 p. 100.

On voit donc en fin de compte que, dans la pratique, ce qui fait la gravité de la syphilis, c'est, non pas son plus ou moins de virulence initiale, mais bien les dangers inhérents aux localisations viscérales tertiaires éloignées ; or, celles-ci, des plus fréquentes, puisque le passage à la période tertiaire, au moins discrète, est la règle, sont impossibles à prévoir comme nombre, comme siège et comme échéance.

— *Il n'est donc pas permis de porter un pronostic sur l'évolution totale de la syphilis.*

(Gazette des Hôpitaux).

VARIÉTÉS

Les Dispensaires pour enfants.

Depuis le 1er novembre 1875, date de la fondation du Dispensaire de M. le Dr Gibert, au Havre, un nombre respectable d'institutions analogues ont vu le jour. Parmi les villes de province qui n'ont pas tardé à suivre l'exemple du Havre, je citerai Rouen, Mulhouse, Clermont-Ferrand. Mais je veux surtout indiquer les développements que Paris a donnés à l'Œuvre des Dispensaires pour enfants.

Dès le printemps de 1883, Paris possédait deux Dispensaires pour enfants : le premier installé par M. le Dr Dubrisay, dans le 1er arrondissement ; le second, déjà plus important et mieux doté, ouvert dans le XIXe arrondissement par la Société Philanthropique. Depuis cette époque, presque chaque année a vu surgir, dans Paris, un nouveau Dispensaire pour enfants.

En 1884, c'est le magnifique Dispensaire Furtado-Heine (XIVe arrondissement); en 1886, c'est le Dispensaire-hôpital Péreire (Levallois-Perret) ; en 1887, c'est le Dispensaire Ruel (IVe arrondissement) ; en 1888, enfin, la Société Philanthropique ouvre un deuxième Dispensaire à Montmartre (rue Labat).

Actuellement donc six Dispensaires pour enfants sont en plein fonctionnement à Paris ou dans la banlieue. Ce n'est pas tout; le Conseil municipal a voté l'année dernière la création d'un Dispensaire par arrondissement ; en réalité, sur les vingt Dispensaires que ce vote nous promettait, nous devons compter sur l'ouverture prochaine d'un Dispensaire dans le XXe arrondissement

J'ajouterai que la Société Philanthropique qui a reçu, de Mme Edouard André, un don très impor-

tant de bijoux (plus de 400.000 fr.), va consacrer une partie de cette somme à la fondation d'un troisième Dispensaire dans le XII[e] arrondissement. On peut donc espérer que, dans 2 ou 3 ans, Paris comptera une dizaine de Dispensaires pour enfants.

C'est là un chiffre très important, qui représente un capital considérable et qui permet d'assister largement, dès aujourd'hui, plus de vingt mille enfants.

Les Dispensaires pour enfants ont pour but: 1° d'éviter au plus grand nombre d'enfants possible le séjour à l'hôpital, qui coûte cher et présente des dangers; 2° de favoriser le traitement à domicile par une bonne organisation du traitement externe et la distribution gratuite de tous les soins médicaux; 3° de propager dans les classes pauvres les principes d'hygiène infantile trop souvent méconnus.

Pour atteindre ce triple but, les Dispensaires disposent d'un outillage et d'une installation modestes, mais bien compris; d'un personnel restreint, mais dévoué qui, laissant à la clientèle riche les médications luxueuses et compliquées, cherche à obtenir les meilleurs résultats par les moyens les plus simples et les moins coûteux.

Tous les médicaments usuels et efficaces sont délivrés sous la forme la plus élémentaire et, comme ils sont achetés en gros et à prix réduit, le budget du Dispensaire ne se trouve grevé que dans la mesure équitable.

Ainsi procèdent la plupart des Dispensaires: quelques-uns cependant, grâce à la libéralité de leurs fondateurs, peuvent se permettre des dépenses relativement considérables.

Le Dispensaire Furtado-Heine dispose d'une *dotation annuelle de* 100.000 *francs*; les frais de premier établissement ont dépassé un million. Quand on saura qu'il est possible de fonder un Dispensaire avec 40 ou 50,000 francs et de l'entretenir avec 9 ou 10,000 francs (Foville, les *Nouvelles institutions de bienfaisance*, Paris, 1888), on pourra se demander s'il n'était pas préférable de fonder, dans les quartiers excentriques, une dizaine de ces petits Dispensaires, que de centraliser, dans un établissement unique, tant d'argent, tant de médecins, tant d'auxiliaires! La clientèle d'un Dispensaire ne peut être, en effet, qu'une clientèle de quartier; les enfants, qui habitent les arrondissements éloignés, ne pourraient suivre avec régularité un traitement externe.

Le Dispensaire de Mme Heine est le plus beau de ceux qui existent, il est même luxueux; mais il coûte trop cher et les services qu'il rend ne sauraient compenser le prix de revient. A ce prix l'hôpital est encore préférable.

M. Ruel, le riche propriétaire du bazar de l'Hôtel-de-Ville, a fondé un Dispensaire pour enfants dans le IV[e] arrondissement (rue du Cloître-Notre-Dame) qui, recevant peu de malades, lui coûterait cependant 48,000 francs par an (séance du Conseil municipal de Paris, 30 juillet 1887). Voilà encore un chiffre exagéré, qui serait bien fait pour décourager la charité privée. Il ne faut pas se lasser de répéter que les frais d'entretien d'un Dispensaire pour enfants ne doivent pas atteindre ce chiffre. Avec 10.000 francs par an, on doit faire face à tous les besoins d'un Dispensaire de quartier. La preuve est faite depuis longtemps au Havre et même à Paris.

M. Dubrisay n'atteint pas ce chiffre; la Société Philanthropique le dépasse à peine; elle ne l'atteindrait pas, si elle bornait son action à l'Assistance médicale, quoi qu'elle donne plus de 7.000 consultations par an. Voici les chiffres officiels du quatrième exercice de son Dispensaire du XIX[e] arrondissement.

Dans cet exercice, 7,337 consultations avaient été données (plus de 50 par séance):

Appointements et gages	1.333 »
Ustensiles, matériel, etc	431 90
Médecin	2.000 »
Bains et chauffage	970 »
Médicaments	2.167 10
Nourriture et vêtements	3.459 40
Total	10.361 40

Si l'on voulait s'en tenir à l'Assistance médicale et supprimer les dons de vêtements et d'aliments, les dépenses annuelles de ce Dispensaire tomberaient à 6,952 fr.

Les Dispensaires pour enfants n'ont pas de raison d'être, s'ils ne nous permettent pas de faire de l'*Assistance à bon marché*.

La Société Philanthropique, dont les charges sont si lourdes et qui, grâce à ses principes de sage administration et de stricte économie, fait vivre tant d'œuvres charitables, l'a parfaitement compris.

Le nouveau Dispensaire pour enfants qu'elle vient d'ouvrir à Montmartre avec le Dr Ruck pour médecin, est conçu sur le même plan et animé du même esprit que le Dispensaire de la Villette. Il en sera de même du troisième Dispensaire qu'elle doit fonder dans le quartier des Gobelins.

L'expérience acquise au service de cette grande Société charitable me permet de recommander sa pratique à ceux qui veulent fonder des Dispensaires à Paris ou en province.

Tout le monde est d'accord sur les services que les Dispensaires peuvent rendre aux indigents; mais, si le but poursuivi est le même, les moyens d'exécution diffèrent grandement.

Entre les deux types extrêmes, *type Gibert* et *type Furtado-Heine*, il y a place pour de nombreuses variantes qui, suivant les localités et les besoins, peuvent être recommandées. Sans vouloir ramener tous les Dispensaires à un type unique, on ne doit pas se lasser de prêcher l'économie dans les frais de premier établissement et d'entretien.

C'est au nom de cette économie nécessaire qu'on demandera une installation modeste dans des locaux neufs ou appropriés, un personnel restreint dans les mains d'un médecin unique. La spécialisation des services dans un Dispensaire pour enfants entraînerait immédiatement à des dépenses exagérées.

Indispensable dans un hôpital, la spécialisation ne l'est pas dans un dispensaire, surtout quand ce Dispensaire est situé dans une ville où les hôpitaux et les cliniques spéciales ne manquent pas.

Chargé, depuis plus de cinq ans, du service médical au Dispensaire pour enfants que la Société Philanthropique possède à la Villette, j'ai pu faire face à tous les besoins d'une clientèle nombreuse avec les seules ressources du Dispensaire. Les cas qui nécessitent l'hospitalisation immédiate ou l'intervention d'un spécialiste, ne se présentent qu'exceptionnellement aux consultations du Dispensaire, et quand ils se présentent, je n'hésite pas à les adresser à qui de droit.

Les bureaux de bienfaisance agissent de même, sans avoir recours à la spécialisation. Seulement les Dispensaires l'emportent sur les bureaux de bienfaisance par une organisation meilleure et plus complète du traitement externe.

Sans prétendre à une compétence universelle, on peut donc soigner, au Dispensaire gratuit, les ma-

ladies qui sont traitées par des spécialistes dans la clientèle bourgeoise. Tout médecin instruit peut, avec de la bonne volonté et de l'application, traiter convenablement la grande majorité des cas de maladies oculaires, auriculaires, etc., qu'on rencontre chez les enfants. Il se mettra également en mesure d'arracher les dents de ses petits malades, réservant les cas difficiles aux spécialistes. C'est ce que je fais, c'est ce que font les médecins de la plupart des Dispensaires pour enfants.

Le médecin d'un Dispensaire est comme le médecin de campagne, il fait de tout un peu ; il n'est pas seulement médecin, il est aussi un peu chirurgien, oculiste, dentiste même.

Cette multiplicité d'attributions s'impose au praticien des campagnes, des petites villes et des faubourgs des grandes villes. Gênante pour le médecin, elle est essentiellement profitable à la clientèle indigente dont il faut ménager le temps comme la bourse.

Les Dispensaires pour enfants ne bornent pas leur action à la thérapeutique des maladies déclarées ; ils font une propagande incessante en faveur de l'hygiène infantile, qui laisse beaucoup à désirer dans les milieux pauvres et ignorants.

En conseillant l'allaitement maternel, en montrant les dangers de l'allaitement artificiel et les maladies qui en dérivent, le médecin du dispensaire fait œuvre hygiénique et prophylactique. Ses conseils, incessamment répétés, finissent par porter des fruits qui ne sont pas à dédaigner ; car, dans les maladies des nouveau-nés, imputables à des infractions hygiéniques, l'ignorance est plus souvent en cause que la misère. Si le Dispensaire est ainsi appelé à rendre des services de plusieurs espèces, il doit chercher à parer aux dangers de contamination qui menacent toutes les réunions d'enfants. Plus les consultations seront suivies, plus ces dangers seront grands. On s'attachera à les écarter en faisant, dès l'entrée, le triage des enfants et en isolant tous ceux qui sont soupçonnés de maladie contagieuse. En général, les cas suspects sont rares et, si le médecin a soin de les examiner dans un local spécial, la contagion ne fera pas de victimes.

Au Dispensaire de la Villette, la coqueluche est la seule maladie contagieuse que nous rencontrions habituellement. Les enfants qui en sont atteints ou soupçonnés sont dirigés, par un escalier spécial, vers le cabinet médical où ils sont examinés d'urgence et avant leur tour. En prenant quelques précautions de cette nature, on évitera les *cas intérieurs* qu'on reproche aux hôpitaux d'enfants.

L'isolement des maladies contagieuses, en effet, n'est pas seulement applicable aux hôpitaux, il doit être aussi réalisé dans les Dispensaires, dans les crèches, etc. Cette donnée doit entrer dans les prévisions des dépenses de premier établissement ; elle augmente ces dépenses dans une mesure assez large.

Je terminerai cet article par la conclusion suivante empruntée au livre du regretté Dr Foville :

« En raison de l'excellence du but poursuivi, et du succès obtenu dans tous les endroits où l'expérience a été faite, il y a lieu d'encourager et de favoriser, par tous les moyens possibles, la création de nouveaux Dispensaires ; on peut être certain, d'avance, que partout ils rendront de grands services, et contribueront largement au soulagement et au bien-être des populations indigentes au profit desquelles ils seront fondés. »

(*Progrès médical*). Dr J. COMBY.

BULLETIN DES SYNDICATS
ET DE
L'UNION DES SYNDICATS
DIRECTEUR : Dr BARAT-DULAURIER

Syndicat de la Haute-Garonne.

Procès-verbal de la dernière assemblée générale.

L'ordre du jour portait :

1° Revision des statuts.

2° Date, lieu et prix du banquet.

Après une longue discussion, de laquelle il ressort que plusieurs médecins n'ont pas adhéré au syndicat à cause d'un certain rigorisme contenu dans quelques articles des statuts (notamment dans les articles 17, 18 et 22 concernant l'obligation de se rendre aux réunions sous peine d'amende et celle de ne pas se refuser à une mission confiée par l'assemblée). Ces articles sont modifiés dans un sens plus large. Du reste, voici in-extenso la nouvelle rédaction des articles modifiés :

« Art. 8.— Toute démission devra être notifiée par « écrit au président ; elle sera par lui soumise à la « première assemblée, mais il ne pourra être statué « sur elle que dans la réunion générale la plus pro- « chaine.

« En cas d'indignité du démissionnaire, la démis- « sion pourra être refusée par le syndicat qui y substi- « tuera la radiation. Mention sera faite de la décision « prise sur le registre d'inscription, au folio attribué « au membre démissionnaire ou radié. »

A propos de cet article, dont la rédaction diffère très peu de la rédaction de celui qui le précédait le secrétaire demande si les sous-adhérents qui n'ont pas payé leur droit d'entrée doivent être considérés comme démissionnaires. — L'Assemblée se prononce pour la négative, mais prie instamment ces membres de faire retirer leur quittance chez le trésorier ou d'envoyer leur démission dans les termes prescrits par l'art. 8 précité. — Quelqu'un fait du reste remarquer : que ces messieurs, du moins ceux qui ont signé ou donné formellement leur adhésion par la voix d'un confrère, sont moralement obligés de verser leur droit d'entrée, quitte à envoyer leur démission *écrite* si pour des motifs quelconques ils ne veulent plus faire partie du Syndicat ; que cette manière d'agir aurait pour avantage de dissiper tout malentendu ou toute équivoque.

« ART. 17. — Les membres du Syndicat se réuniront « à Toulouse tous les mois en Assemblée ordinaire, « et tous les six mois en Assemblée générale. — Le « président, sur l'avis de la Chambre syndicale, pourra « convoquer tous les membres en assemblée extraor- « dinaire pour un fait urgent.

« La présence à toutes les réunions générales est « obligatoire. En cas d'empêchement, le membre em- « pêché devra envoyer au président, sous pli cacheté, « son vote sur les questions portées à l'ordre du jour.

« ART. 18. — Supprimé.

ART. 19 (Ancien art. 20).— Le Syndicat a pour organe « exécutif une commission appelée Chambre syndicale « composée de : un président, un vice-président, un « secrétaire-trésorier, élus pour un an au scrutin se- « cret par bulletin uninominal à la majorité des voix. « Ces membres sont rééligibles. Les élections auront « lieu en Assemblée générale. »

En outre, tous les passages où il est parlé de l'amende sont supprimés.

Le banquet est fixé au mercredi 5 décembre 1888, à 7 h. du soir, hôtel Lafforgue, place Lafayette. La cotisation est fixé à 15 fr. — L'assemblée décide qu'une liste de souscription sera présentée aux membres ayant

effectué le versement de leur droit d'entrée. — Ceux qui désireront faire partie du banquet n'auront qu'à signer. Les retardataires sont instamment priés d'envoyer le montant de ce droit.

Considérant qu'il a été insinué que le syndicat était mort, l'Assemblée, pour affirmer hautement son existence, pour montrer par les modifications apportées aux statuts que ses membres sont prêts à toutes les concessions qui ne compromettraient pas son existence, désireuse aussi de faire un nouvel appel aux médecins de Toulouse, décide que le présent procès-verbal sera imprimé et envoyé au corps médical toulousain. Elle décide en outre que les adhésions par lettre sont reçues chez le secrétaire provisoire jusqu'aux élections pour 1889. — Ces élections auront lieu à la prochaine réunion générale qui est fixée au jour du banquet, à 6. h. du soir, salle de mariages, Capitole.

Le Secrétaire provisoire,
Dr Cousin,
Place de la Visitation, 41.

PENSÉES ET MAXIMES

D'un vieux Praticien.

Vous appelez en consultation le Dr X.., votre ami et que vous estimez pour un médecin de haut savoir; c'est un voisin qui réclame des honoraires modestes, il ne produit aucun effet. Le malade réclame l'assistance d'un confrère qui vous est inconnu. Celui-ci vient de loin, il parle haut, se fait payer très cher ; *il fait merveille.*

Les augures ne pouvaient, dit-on, se regarder sans rire ; les médecins ont quelquefois, le droit d'échanger un sourire.

Entre confrères, même amis, il est bon de se tenir dans la position du tireur sous les armes : en garde *loyale, mais sur la défensive.*

Moins les clients nous paient, plus ils sont exigeants.

Parmi les nombreuses nuances de l'amour, il en est une que l'on n'a pas encore décrite : c'est ce sentiment tout particulier qui attache — avec réciprocité — le médecin le plus réservé à certaines clientes, d'ailleurs absolument honnêtes. (*A suivre.*)

NOUVELLES

On lit dans les *Tablettes des Deux-Charentes* :

« Un officier, rentré il y a quelque temps du Cambodge, nous fait un récit navrant de la façon dont nos soldats sont logés à Pnom Penh et dont les malades sont traités à l'hôpital militaire de cette ville. Les casernes ne sont que de mauvaises paillottes, vieilles, humides, de véritables nids à maladies. Quant à l'hôpital, c'est également un composé de paillottes encore plus délabrées que celles des casernes, ne garantissant ni de la pluie, ni de la chaleur; elles sont insalubres au premier chef, et leur réputation est malheureusement telle, que tout malade n'y entre qu'avec épouvante; si c'est un fiévreux ou un dysentérique, il faut se hâter de le renvoyer à Saïgon,.... et même en France, sinon un séjour d'une semaine dans ces cases fétides, dégoûtantes d'eau, et contaminées au possible, met en danger la vie du malade. »

Nous ne reproduisons ce récit que sous réserves; nous espérons qu'il est inexact. — Il serait difficile de comprendre une telle incurie; nous ne voulons pas croire le récit de ce prétendu témoin oculaire.

Cours de mesdames de Bure et Suillet, 11 bis, passage de la Visitation, (rue Paul-Louis Courier), faubourg Saint-Germain.

Cours élémentaires, moyens, supérieurs ; ces cours ont lieu deux fois par semaine pour chaque degré, du 3 novembre au 1er juillet ; 25 francs par mois. Cours préparatoire, enseignement par les yeux pour les enfants depuis 5 ans, 15 francs par mois, Langues étrangères, Dessin.

Le Directeur du *Concours* recommande avec instance à nos lecteurs le cours de Mlle Suillet. Il leur sera personnellement reconnaissant s'il leur est possible d'envoyer des élèves à la fille du Dr Suillet dont nous avons annoncé, il y a deux ans, la mort prématurée.

Académie de Médecine. — Subvention pour la vaccination animale. — M. Monod, directeur de l'Assistance publique au ministère de l'Intérieur, informe l'Académie que M. le Président du Conseil, ministre de l'Intérieur, lui alloue une subvention de 8,000 francs, pour l'aider à propager la vaccination animale (vaccin de génisse).

M. Monod, dans le rapport adressé à M. le ministre, pour demander cette subvention, avait rappelé ce fait significatif que depuis que la vaccination et la revaccination sont devenues obligatoires en Allemagne, c'est-à-dire depuis 1874, l'armée allemande n'a pas perdu un seul homme par variole. De même, dans l'armée française, à mesure que la vaccination et la revaccination se sont généralisées, la mortalité par variole a diminué parallèlement, à tel point qu'on n'a perdu que quatre hommes en 1886. Malheureusement, il n'en est pas de même dans la population civile, parce que ces mesures, éminemment préservatrices, sont loin d'être employées comme elles devraient l'être.

BIBLIOGRAPHIE

Un membre du *Concours* fait imprimer en ce moment une brochure qui doit paraître vers la mi-décembre. Elle est intitulée : **Malades, Médecins et Pharmaciens**, par le Dr Victor *Macrobius*. — Il a pris pour épigraphe : *Salus populi suprema les esto.* » — Le chap. 1er traite des malades, au point de vue de leurs relations avec les médecins, au point de vue déontologique et social. Le ch. 2e traite des médecins et de la médecine, aux mêmes points de vue, et en outre au point de vue des *systèmes*. Il pousse une charge à fond contre les charlatans qui spéculent sur les innombrables *microbicides*. Il condamne tout ce qui affecte l'exclusivisme, aussi bien la baignoire de X., que les granules Y. Le ch. 3e étudie la Pharmacie et les Pharmaciens, dans leurs rapports avec les médecins et avec les malades. Le ch. 4e étudie parallèlement les deux projets de loi (gouvernement et Chevandier) sur l'exercice de la médecine et de la pharmacie. Il critique ces deux projets, et il indique les solutions qui lui paraissent les meilleures, au point de *vue de l'utilité publique*.— Le ch. 5e est consacré à l'étude de l'assistance publique dans les campagnes. Il cite le travail du Dr *Lécuyer*, et bien qu'il le critique par endroits, il ne laisse pas que de lui rendre l'hommage qu'il mérite en prenant son projet comme base générale de l'assistance publique dans les campagnes. — Il termine en énumérant quelques-unes des raisons qui militent en faveur de l'établissement d'un ministère de l'hygiène, de la santé et de l'assistance publique.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret de faire part à nos lecteurs des décès des docteurs Maydieu de St-Sylvestre (Lot-et-Garonne) et Charée, de Neufchâteau (Vosges), membres du Concours Médical.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU CONCOURS MÉDICAL

M. le Dr Baraduc, de Paris, présenté par le docteur Grellety, de Vichy.

M. le Dr Piettre, de la Varenne, présenté par le docteur Grellety.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise).— Imp. DAIX frères, place St-André, 3.
Maison spéciale pour journaux et revues.

Dixième année — N° 50 — 15 Décembre 1888

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE

Lavage de l'estomac chez les enfants du premier âge (1).

M. *Faucher*, inventeur du tube pour le lavage de l'estomac, a appliqué chez les enfants du premier âge son appareil. Il y a déjà longtemps que le lavage de l'estomac des enfants se pratique en Allemagne, et, pour notre part, nous l'avons fait plusieurs fois.

Le lavage se fait chez le nouveau-né à peu près comme chez l'adulte, à l'aide d'un tube et d'un entonnoir de dimensions appropriées.

L'enfant est tenu la tête penchée en avant, de façon à permettre l'issue facile des matières qui peuvent refluer dans le pharynx : les bras sont fixés sous une serviette nouée autour du cou. M. Faucher condamne donc le procédé employé par Ebstein qui consiste à maintenir l'enfant dans le décubitus dorsal.

Ayant eu l'occasion d'observer un enfant qui, vingt-sept jours après sa naissance et à la suite d'une alimentation défectueuse, avait présenté des symptômes gastro-intestinaux graves, M. Faucher lui lava l'estomac trois fois le premier et le second jour, puis deux fois seulement à partir du troisième jour ; les vomissements s'arrêtèrent aussitôt. La période digestive, qui durait d'abord plus de quatre heures, se raccourcit graduellement, l'enfant devint plus calme, les garde-robes se régularisèrent, etc. Aucun médicament n'a été administré.

Auto-destruction chez les aliénés.

Les médecins aliénistes ont signalé, à différentes reprises, l'acharnement avec lequel certains monomanes se frappent et se mutilent. Ils ont expliqué par l'insensibilité physique qui accompagne une violente exaltation mentale, les blessures nombreuses et souvent mortelles que se font ces malheureux.

Les exemples les plus frappants de ces auto-destructions sont le fait de ce boucher silésien, cité dans les anales de Hecker, qui se fractura le crâne à coups de couperet, et celui de Mathieu Loyat, ce cordonnier de Venise, qui, après s'être amputé les parties sexuelles, réussit à se clouer les mains et les pieds sur une croix.

M. Laugier vient d'avoir l'occasion d'observer un cas analogue. Il s'agit d'une femme de 63 ans qui s'est suicidée. A l'autopsie, on a trouvé, indépendamment de douze coupures involontaires de la main droite, cent quarante-deux plaies par instrument tranchant ; 136 n'étaient que des incisions des parties molles extérieures ; les 6 autres siégeaient au cou et dans la région péri-ombilicale. Ces dernières avaient perforé l'intestin. Par la plaie béante de l'abdomen, la malheureuse avait sectionné, au fur et à mesure de leur sortie, sept fragments d'intestin grêle d'une longueur totale de 3 m. 9.

Cette femme de 63 ans, se frappant elle-même avec un couteau de cuisine, offre l'exemple le plus saisissant de fureur raisonnée et destructive, en même temps que d'insensibilité à la douleur physique, qu'ait jamais donné un aliéné.

L'alcool et l'alcoolisme.

Voici les conclusions d'un intéressant mémoire publié dans les Annales de la Société d'Emulation des Vosges par notre distingué confrère le docteur *Daviller*.

Pour atténuer, dans la mesure du possible, les ravages toujours croissants de l'alcoolisme en France, il faudrait :

1° Créer, dans chaque arrondissement, des commissions sanitaires permanentes dont le rôle serait

(1) Académie de médecine, 4 décembre.

de visiter au point de vue sanitaire et hygiénique les brasseries, distilleries, fabriques de liqueurs et de boissons diverses, les caves des marchands de vins en gros, etc. Analyser les matières premières employées et en particulier l'alcool...

Les commissions qui existent actuellement et qui sont chargées de l'inspection des pharmacies, des drogueries, des épiceries, ne pourraient-elles pas être chargées de cette surveillance? De la sorte, aucun remaniement, aucune nomination nouvelle, aucuns frais.

2° Etablir, suivant la nature des délits, des amendes sérieuses, et, en cas de récidive, des peines corporelles (prison, interdiction).

3° Prohiber l'introduction en France d'alcools étrangers, de qualité inférieure et nuisible (alcools amyliques).

4° Imposer les boissons de luxe, et dégrever, autant que possible, les boissons d'usage courant.

Encourager, comme boissons de table, l'usage du cidre et de la bière.

5° Restreindre, dans une notable proportion, les autorisations pour l'ouverture de cabarets nouveaux.

6° Sévir plus rigoureusement qu'on ne l'a fait jusqu'à présent contre les cabaretiers qui donnent à boire à des gens déjà ivres, ou à des mineurs.

7° N'admettre en aucun cas, en matière de délit, de contravention ou de crime, l'ivresse comme circonstance atténuante.

8° Instituer dans les écoles publiques et surtout *dans les cours d'adultes*, des leçons d'hygiène élémentaire et pratique, dans lesquelles entre autres notions on apprendrait aux élèves, à côté de ses quelques avantages réels, les inconvénients multiples de l'alcool au triple point de vue de la santé, de la famille et de la société.

9° Encourager par des récompenses distribuées *solennellement* et annuellement dans chaque canton, un certain nombre d'ouvriers, de serviteurs, de pères de familles, qui se seront particulièrement distingués par leur bonne conduite et leur tempérance.

Valeur séméiologique du second bruit du cœur. (1)

MM. *Bucquoy* et *Marfan* ont étudié avec un soin tout particulier l'auscultation du second bruit du cœur, et ils résument par les conclusions suivantes les modifications pathologiques du second bruit.

Envisagées au point de vue de leurs causes, ces modifications peuvent se grouper en deux catégories.

Dans la première, se placent les modifications du second bruit qui tiennent à une altération du sang; dans la seconde, celles qui sont causées par une altération des parois aortiques et des valvules sigmoïdes.

Les altérations du sang qui peuvent produire des modifications du second bruit portent, soit sur la tension, soit sur les propriétés physico-chimiques.

Une faible tension du sang affaiblit le second bruit et indique un amoindrissement de l'énergie myocardique.

Une forte tension exagère le second bruit, l'accentue, le renforce sans changer son timbre. Les altérations physico-chimiques du sang dans les anémies renforcent aussi le claquement des valvules sigmoïdes, probablement parce que le sang devient meilleur conducteur du son.

Cette exagération du second bruit a une valeur séméiologique différente suivant qu'on l'entend: 1° à droite, dans l'aire des bruits aortiques: elle indique alors une augmentation de la pression artérielle dans le système aortique, augmentation qui est sous la dépendance d'une artérite généralisée partout, surtout sur les artères périphériques, spécialement celles du rein; 2° à gauche, dans l'aire des bruits pulmonaires: elle indique alors une augmentation de la pression dans le tronc de l'ar-

(1) Revue de médecine, novembre 1888.

FEUILLETON

Office sanitaire de Marchaux.

Ce serait une pure utopie que de prétendre organiser uniformément, par voie légale et du jour au lendemain, le service médical dans toute la France.

Non; cela n'est pas réalisable. Une organisation aussi complexe et aussi considérable, qui touche à tant d'intérêts et à des intérêts si divers, ne saurait être créée d'emblée et tout d'une pièce.

Est-ce que les populations de nos différentes provinces, en matière de santé, ont l'intelligence aussi ouverte, les mêmes habitudes, les mêmes besoins?... Et croyez-vous, par exemple, que les paysans de l'ancien Sundgau, dans la haute Alsace, accepteraient de subventionner un bureau sanitaire ayant à sa tête un docteur en médecine, eux qui n'ont recours, quand ils sont malades, qu'aux herboristes, aux apothicaires ou aux médecins du secret?

A moins donc de vouloir faire service aux gens contre leur gré; à moins d'imposer d'office aux communautés une assistance médicale dont elles ne se soucient nullement et qu'on ne peut pas leur octroyer *gratis pro deo*, les pouvoirs publics doivent renoncer à établir d'une manière uniforme dans les villes et dans les campagnes, des règlements d'assistance médicale.

C'est une affaire à régler d'après les convenances et les traditions reçues dans chaque pays.

***

Abandonnée d'abord aux efforts individuels et à l'initiative de chacun, nous savons cela, la médecine s'est exercée pendant longtemps en toute liberté.

Mais on finit pourtant par comprendre qu'il serait moral et utile de protéger, tout à la fois, et la société contre l'exploitation déplorable à laquelle elle était livrée, et le corps médical lui-même contre l'introduction d'éléments frauduleux.

Puis, chose plus grave, on se préoccupa de cette loi de solidarité qui existe entre tous les citoyens d'un même pays: à savoir que l'hygiène et la santé de chacun importent à tous. En sorte que, outre l'instinct de charité ou de commisération qui nous

tère pulmonaire, augmentation qui tient surtout à une gêne de la circulation pulmonaire; les lésions mitrales, mais surtout le rétrécissement mitral, en sont la cause ordinaire; 3° à la fois à droite et à gauche, dans l'aire des bruits pulmonaires comme dans l'aire des bruits aortiques : l'exagération du second bruit indique alors le plus ordinairement un état anémique dépendant de causes variées.

Lorsqu'il y a induration athéromateuse des parois aortiques et des valvules sigmoïdes sans augmentation de la pression sanguine, le timbre du second bruit se modifie, il prend le caractère tympanique. Si à ces altérations athéromateuses s'ajoute l'insuffisance des valvules, le souffle diastolique accompagne l'état tympanique.

Enfin, dans le cas de complication par une dilatation de l'aorte, le second bruit tympanique se diffuse, c'est-à-dire s'entend hors de l'aire normale des bruits aortiques.

Association de divers antiseptiques.

En raison des intoxications que peuvent produire l'acide phénique et le sublimé, le Dr E. *Rotter* a cherché à faire un antiseptique qui serait un microbicide suffisant, mais qui n'offrirait aucun danger au point de vue de l'intoxication. Il a réuni un certain nombre de substances antiseptiques, espérant que de leurs forces ajoutées naîtrait une résultante puissante. Chaque antiseptique entre dans la composition du mélange à des doses auxquelles il ne peut être nuisible. L'auteur a cherché à composer son mélange avec des substances peu chères; il a cherché à obtenir avec elles une solution claire, sans couleur et sans odeur. Cette solution pourra être faite facilement avec de l'eau ordinaire, sans alcool pour aider à dissoudre, sans chauffage pour faciliter la solution de la poudre à doses particlles antiseptiques.

Il entre dans la composition du mélange, pour un litre d'eau :

Sublimé	0,05
Chlorure de sodium	0,25
Acide phénique	2gr.
Chlorure de zinc	} ââ 5 gr.
Sulfocarb. de zinc	
Acide borique	3gr.
Acide salicylique	0,60
Thymol	0,10
Acide citrique	0,10

L'acide citrique entre dans la composition du mélange pour clarifier la solution de zinc; le thymol, pour corriger l'odeur des autres substances.

Cette solution antiseptique a été essayée dans les laboratoires. L'auteur installa à côté de ses expériences sur sa solution, une série d'expériences comparatives avec une solution de sublimé à 1 pour 1000. Les résultats furent les mêmes des deux parts.

Après ces expériences de laboratoire, la solution antiseptique fut employée dans les hôpitaux de Munich.

L'application de la solution n'est point douloureuse; il n'y a, paraît-il, jamais d'eczéma, même après l'application de bandages humides pendant 24 heures. L'odeur de la solution est agréable, et persiste malgré la présence de liquides existant dans la plaie.

De plus, cette solution n'altère pas les instruments que l'on peut y laisser plongés longtemps pour les laver. (*Centralblatt f. Chirurgie*, n° 40, et *Province médicale*.)

MÉDECINE PRATIQUE

L'hypnotisme comme agent thérapeutique.

(*Suite et fin.*)

Parmi les accidents hystériques qu'il est légitime de traiter par l'hypnotisme, lorsqu'ont échoué les moyens ordinaires, après les crises convulsives,

---

...citait à nous intéresser à la santé des autres, ...us avions un autre motif pour cela qui n'est nul...ment sentimental: c'est que, leurs maladies pou...nt se communiquer par contagion ou par imita...on, et se transmettre à des descendants qui seront ...ut-être aussi les nôtres, nous avons tout intérêt ...les combattre.

Voilà pourquoi l'on a considéré et l'on considère ...plus en plus la médecine comme un grand ser...ce d'ordre public; et pourquoi aussi on cherche à ...re du médecin un fonctionnaire, en lui donnant la ...intendance de la santé générale.

Mais encore fallait-il qu'avant de l'investir d'une ...arge aussi importante, le médecin eût des capa...tés suffisantes pour la remplir.

Ces capacités, suivant moi, les jeunes de la pro...ssion commencent à les avoir...

*
* *

Mais le médecin ne représente encore qu'un des ...mes du problème. Il aura beau avoir toutes les ...pacités qu'on voudra, être à la hauteur de sa mis...on, il n'a pas une raison suffisante d'être mis en œuvre, si la grande majorité des gens n'a pas recours à lui, si elle ne réclame pas ses services...

Vous me direz : son ministère s'imposera de plus en plus...

Je l'entends ainsi; mais, en attendant, il serait répugnant que ce ministère fût imposé prématurément, prescrit par l'autorité et payé par ceux qui n'en veulent pas.

*
* *

L'exercice de la médecine est donc bien difficile à organiser théoriquement.

On le comprend si bien qu'on procède avec une sage lenteur, timidement.

Faisons encore un peu d'histoire.

Les départements et les communes se sont bornés jusqu'ici à organiser tant bien que mal l'assistance médicale en faveur des indigents.

Les conseils généraux ont commencé sous l'Empire à faire voter au budget de chaque commune une petite somme d'argent pour abonner les pauvres et leur assurer la gratuité des secours en cas de maladie.

viennent les *contractures*. Il n'est pas rare de voir une hystérique sortir d'une crise avec une contracture qui en général disparaît d'elle-même en 24 ou 48 heures. Mais, si la contracture ne cède pas au bout d'un certain temps malgré l'emploi de la thérapeutique habituelle de cet ordre d'accidents, il faut se rappeler que, d'après l'enseignement de M. Charcot, une contracture est d'autant plus difficile à guérir qu'elle est plus ancienne, qu'au début on peut en venir assez facilement à bout, mais qu'abandonnée à elle-même elle tend de plus en plus à s'invétérer au point de se perpétuer quelquefois indéfiniment. Ainsi un pied-bot simple ou double, une contracture des quatre membres, une coxalgie hystérique un peu durables méritent toute notre sollicitude.

Pour attaquer par l'hypnotisme certaines de ces contractures, on peut utiliser la période léthargique de l'hypnose ; grâce à l'hyperexcitabilité musculaire si remarquable dans cette phase, on fait contracter à volonté par le simple contact les muscles antagonistes de ceux qui sont contracturés, les fléchisseurs, si les muscles contracturés étaient les extenseurs et inversement.

Mais cette manœuvre, facile à faire dans certaines régions et pour certains muscles, devient impraticable dans d'autres. Ainsi on n'opérera pas de la sorte pour des contractures de la langue, ou pour une coxalgie hystérique dans laquelle il est trop délicat de déterminer la part que prend tel ou tel muscle à la déformation et à l'impotence, certains de ces muscles, les pelvi-trochantériens par exemple, étant trop profondément situés pour qu'on puisse les exciter par contact. Dans ce cas, c'est au somnambulisme et à la suggestion qu'il faudra recourir, et l'expérience nous apprend que c'est à la suggestion qu'ont été dues certaines guérisons de coxalgies hystériques dans un temps où on les confondait avec les coxalgies vraies. Tel est le cas de la jeune fille, atteinte de coxalgie hystérique après un traumatisme, — fait commun — et confinée au lit depuis cinq ans, à laquelle Dupuytren avait proposé l'amputation et qui guérit en cinq semaines par suggestion en somnambulisme (Du Potet).

Les *paralysies* sont certainement justiciables de la suggestion hypnotique, comme aussi *l'amaurose*, *l'aphonie*, certaines *névralgies*. Gilles de la Tourette a vu guérir ainsi, après quelques séances d'hypnotisme, deux paralysies dont l'une datait de plus de dix mois.

On a beaucoup parlé dans ces dernières années de l'application de l'hypnotisme au *traitement des aliénés*. Braid, qui avait essayé l'hypnotisme en toute circonstance, pensait avoir guéri ainsi « plusieurs cas de monomanie et de délirium tremens ». Du moins il le dit dans son premier ouvrage ; dans le second, on ne trouve plus aucune observation de vésanie guérie ainsi.

En 1884, M. Aug. Voisin a communiqué au Congrès de Blois l'observation d'une hystérique aliénée qui, d'agitée, irritable et insoumise avait été ramenée, par des hypnotisations répétées et prolongées, à un état presque satisfaisant. Deux autres observations de même ordre étaient rapportées par le même médecin l'année suivante au Congrès de Grenoble et quatre autres nouvelles en 1886 à la Société médico-psychologique. Le docteur Séglas enregistrait, la même année, un cas de manie hystérique, dans lequel les conceptions délirantes avaient cessé sous l'influence de l'hypnotisation (*Archives de neurologie*, novembre 1885). C'est encore un cas de folie hystérique guérie par l'hypnotisme qu'ont publié à la même époque MM. Lombroso et Castelli dans la *Sperimentale*. En résumé, il semble que jusqu'à présent les seuls aliénés qui aient bénéficié de l'hypnotisme soient les hystériques. Il n'y a pas lieu d'en être surpris, car, pour que la suggestion puisse agir, il faut que le malade dorme, et bien peu d'aliénés sont hypnotisables, Braid l'avait déjà remarqué.

Cette tentative n'a pas été très heureuse, bien qu'elle se poursuive encore.

On a pourvu des fonctions de médecin cantonal un seul titulaire pour huit ou dix communes plus ou moins éloignées les unes des autres, ce qui a de graves inconvénients. En réalité, dans ces conditions, les indigents sont rarement secourus ; et un médecin obligé de rayonner dans une circonscription trop étendue ne peut pas faire une médecine sérieuse ; il ne peut que gâcher la clientèle de ses voisins.

Puis, dans cet arrangement, on donne aux pauvres, moyennant 1 fr. ou 50 cent. que la commune paie, des visites qu'un pauvre laboureur du même village ne peut pas obtenir à moins de 5 ou de 10 fr., s'il n'est pas porté sur la liste des indigents.

C'est pourquoi certains conseils municipaux, entrant dans cette voie de l'abonnement, ont essayé de s'attirer un médecin particulier et de le fixer dans la commune en augmentant un peu l'indemnité annuelle ou le traitement prescrit pour l'assistance de leurs pauvres.

Mais l'expérience vint bientôt démontrer encore l'insuffisance et les inconvénients d'une pareille institution qui ne profitait pas à tout le monde. La masse des gens ne voyait pas bien la part qu'elle retirait de ce sacrifice de la caisse communale.

Bref, le médecin de la commune était obligé d'étendre à beaucoup la gratuité de ses soins, à cause de la maigre allocation qu'on lui servait.

* * *

Beaucoup de médecins cantonaux, c'était facile à prévoir, avaient accepté la rémunération insignifiante des communes, non charitablement et par dévouement pour les pauvres, mais en vue de se créer un courant de clientèle et de prendre pied dans les villages dont ils devenaient en quelque sorte des employés. Je crois, du reste, que les conseils généraux et municipaux avaient escompté ce calcul pour oser proposer les offres dérisoires qui ont été faites.

Quoi qu'il en soit, la plupart de ces médecins mal rétribués furent accusés, à tort ou à raison, de négliger leur service.

Cela encore n'a rien de bien surprenant. Car on finit généralement par remplir mollement un

III

Je ne m'étendrai pas sur un côté de la médecine hypnotique, qui n'offre plus guère qu'un intérêt historique, c'est l'emploi de l'hypnotisme pour insensibiliser pendant les *opérations chirurgicales*. Antérieurement à l'anesthésie chloroformique, il y avait bien là de quoi passionner les chirurgiens. Il suffit de rappeler que Cloquet, en 1829, avait opéré d'un cancer du sein une dame de 64 ans pendant le somnambulisme. L'Académie se montra à cette époque fort hostile aux partisans de ces tentatives. Ce fut en Angleterre et dans l'Inde que la pratique de la chirurgie bénéficia sérieusement de l'hypnotisme. Esdaile, chirurgien de la Compagnie des Indes, fonda à Calcutta un Mesmeric hospital où en 1852 il avait pratiqué 300 opérations avec l'anesthésie hypnotique. Chez nous, on se rappelle qu'en 1859 les recherches de Azam, Broca et Follin firent encore quelque bruit, mais vraiment la découverte du chloroforme, en 1847, avait rendu d'avance ces tentatives superflues.

La pratique des *accouchements* avait inauguré l'hypnotisme en 1850 (Lafontaine et Fauconnet). Dans le premier cas cité, la parturiente, en état de somnambulisme, « continuait à avoir conscience des contractions utérines qu'elle annonçait chaque fois qu'elles se faisaient sentir, sans éprouver la moindre sensation douloureuse ». La question a été étudiée tout récemment par divers accoucheurs, et nous ne pouvons mieux faire que de nous en rapporter aux conclusions de MM. Auvard et Secheyron qui ont cette année même publié un travail sur l'hypnotisme et la suggestion en obstétrique.

« L'hypnotisme, disent-ils, est susceptible d'être provoqué pendant l'accouchement, mais d'habitude avec plus de difficulté qu'à l'état normal. Pendant le travail, l'hypnotisme peut vraisemblablement exister sous toutes ses formes : catalepsie, léthargie, somnambulisme ; toutefois, Auvard et Secheyron n'ont pas trouvé d'observation où la catalepsie ait été nettement signalée.

« L'avantage de l'hypnotisation pendant l'accouchement est d'amener l'anesthésie. La suppression de la douleur pourra être obtenue, soit par simple léthargie, soit par le somnambulisme avec ou sans suggestion. L'insensibilité est loin d'être le résultat constant de l'hypnose provoquée pendant la parturition. A côté des cas où le succès a été complet ou à peu près, il y en a d'autres où l'on a totalement échoué et d'autres enfin où le succès a été partiel.

Les insuccès sont dus soit à ce que la suggestion est mal ou incomplètement acceptée, soit à ce que la douleur utérine fait passer de l'état léthargique ou de l'état somnambulique à l'état de veille. En d'autres termes, la contraction utérine douloureuse est une cause continuelle de réveil contre laquelle ne peuvent efficacement lutter les moyens qu'on emploie d'habitude pour provoquer l'hypnotisme. Dans cette lutte entre l'utérus et l'hypnotiseur, la victoire reste souvent à l'utérus, surtout pendant la période d'expulsion.

Certaines femmes accouchant en souffrant dans l'état second ne se rappellent plus leurs douleurs dans l'état premier : on peut conclure à tort de cette absence de mémoire au succès de l'hypnotisme comme anesthésique.

L'hypnotisme ne paraît pas avoir d'influence nette sur la marche du travail, si ce n'est peut-être un certain ralentissement dans les contractions utérines.

L'hypnotisme n'étant qu'un anesthésique inconstant, incomplet d'habitude, et non exempt d'inconvénients, comme d'autre part on possède dans le chloroforme, le chloral, des moyens bien plus sûrs, on ne peut conseiller son emploi dans la pratique obstétricale qu'à un titre tout à fait exceptionnel.

Cependant, sans entraînement préalable (cas relativement très rares chez les sujets très facilement

---

charge où le dévouement est tout d'un côté et où il n'y a pas réciprocité de bons offices.

C'est alors que plusieurs administrations locales, en Franche-Comté, ont compris la nécessité de mieux faire les choses et d'améliorer le service médical de leur endroit.

Une communauté, par exemple, assurait au médecin qu'elle tenait à conserver et à fixer chez elle un traitement fixe assez élevé, en convenant avec lui d'un tarif maximum du prix de ses visites et consultations.

Certains conseils même, comme celui de Boulot, avaient, au moyen d'une subvention assez élevée, assuré la gratuité des soins médicaux en faveur de tous les habitants de la commune, pauvres et riches.

Mais... tenant ses pouvoirs du conseil municipal qui le choisissait, le médecin de la commune était comme l'oiseau sur la branche. A chaque élection, la branche risquait de se casser, puisque la municipalité nouvelle pouvait défaire ce que l'ancienne avait fait.

D'ailleurs, la popularité d'un médecin à la campagne est très fragile ; l'engouement superstitieux dont nous sommes trop souvent l'objet dure rarement plus d'un lustre.

***

On a donc cherché mieux.

Il fallait une combinaison acceptable qui n'eût pas les inconvénients que nous avons signalés, et qui eût l'avantage cependant :

1° De fixer le médecin dans la commune qu'il doit desservir ;

2° De ramener à un taux convenable et suffisant la rémunération de ses services ;

3° De lui faire une situation qui lui permette de vivre honorablement ;

4° De lui assurer surtout l'indépendance dont il a besoin en rendant sa situation inattaquable ; et, tout en lui créant des obligations sérieuses, de le soustraire à la nécessité où il est trop souvent d'avoir des complaisances extra-professionnelles pour certains clients.

Dr Perron.

(*A suivre.*)

hypnotisables), il semble qu'on pourra sans grand inconvénient provoquer le somnambulisme ou même la léthargie pendant la dilatation du col ; mais, pendant la période d'expulsion, on laissera l'hypnotisme de côté, et la parturiente, ramenée à son état normal, sera soumise, s'il y a lieu, aux anesthésiques ordinaires, au chloroforme, par exemple, donné à dose obstétricale.

A côté de l'hypnotisme véritable, il y a la suggestion à l'état de veille, l'emploi du pseudo-chloroforme, ou autres moyens semblables, qui, chez les esprits facilement impressionnables, pourront atténuer les douleurs. L'emploi de cette méthode est à conseiller, car ses inconvénients sont nuls et ses avantages souvent réels.

L'utilisation possible de l'hypnotisme en *pédagogie* et pour la *moralisation des jeunes détenus*, dont on a parlé, laisse Gilles de la Tourette fort sceptique, et il rapporte à ce propos une observation assez édifiante. « Un enfant de 8 ans, fils d'une mère hystérique, était atteint de la manie de se ronger les ongles. Sur les conseils d'une personne amie, la mère conduisit son fils chez une personne en renom. Résultat final : après trois tentatives d'hypnotisme, l'enfant continuait à se mordre les ongles ; mais, de plus, il présentait des attaques d'hystérie dont il fut fort difficile de le débarrasser. »

Nous avons parlé à diverses reprises dans ce journal des communications faites à plusieurs sociétés savantes par MM. Bourru et Burot (de Rochefort) et par Luys sur l'*action des médicaments à distance* chez des sujets hypnotisés. M. de la Tourette nous *dit que* les expériences faites par M. Bourru en 1885 dans les services de MM. Brouardel et Charcot ne donnèrent que des résultats négatifs. Celles qui avaient été communiquées par M. Luys, à l'Académie de médecine ont eu surtout du retentissement ; mais on sait que la commission nommée par l'Académie, et dont M. Dujardin-Beaumetz fut le rapporteur, conclut « qu'aucun des effets constatés par elle n'est en rapport avec la nature des substances mises en expériences et que, par conséquent, ni la thérapeutique, ni la médecine n'ont à tenir compte de pareils effets. »

En résumé, l'opinion actuelle de l'Ecole de la Salpêtrière, dont M. G. de la Tourette est en cette circonstance le porte-parole autorisé, au sujet du parti que la pratique médicale peut tirer de l'hypnotisme, se résume dans cette appréciation : « L'hypnotisme ne doit jamais être employé en dehors d'un but curatif; dans tous les cas, sa mise en œuvre doit être réservée *aux hystériques*, chez lesquels seul il est susceptible de produire des effets véritablement indiscutables. »

P. Le Gendre.

MALADIES DES VOIES URINAIRES

Traitement radical de l'hypertrophie prostatique.

Sans entrer aujourd'hui dans des considérations théoriques, il est cependant nécessaire de rappeler quelle est la nature de l'affection désignée sous le nom d'hypertrophie prostatique, car cette question de pathogénie domine la thérapeutique. On sait que la tuméfaction sénile de la prostate ne doit pas être envisagée comme une affection isolée, mais qu'elle est le résultat d'un travail morbide qui s'étend à tout l'appareil urinaire ; dans ces cas il existe une sclérose de tout cet appareil, bien mise en lumière par le professeur Guyon et son élève Lannois : les reins, la vessie, la prostate présentent les mêmes lésions caractérisées par l'hyperplasie et la condensation du tissu cellulo-fibreux.

Ainsi, en présence d'une prostate hypertrophiée on peut être certain que la vessie et les reins sont également malades. Une telle notion suffirait pour faire rejeter toute tentative dirigée contre la prostate et en réalité dans la majorité des cas, les altérations de la vessie devenue inerte et peu contractile, expliquent à elles seules presque tous les symptômes. Cependant, si la sclérose se retrouve partout, elle ne présente pas un égal développement dans tous les organes ; le rein par exemple peut offrir des lésions avancées alors que la vessie n'est que fort peu atteinte : il en est de même de la prostate.

Supposons, en effet, qu'il s'agisse d'un homme dont la prostate est le siège de tumeurs volumineuses et saillantes alors que la vessie a conservé intacte la plus grande partie de ses fibres musculaires. En pareil cas, l'accumulation de l'urine dans le bas-fond en détermine la dilatation et accélère la marche de la maladie. Ici une opération radicale qui supprimerait l'obstacle serait donc bonne en principe. Mais avant d'en décider l'exécution, il faudrait s'appuyer sur un diagnostic précis et certain ; on peut par le cathétérisme et en étudiant le mode d'écoulement de l'urine, s'assurer de la contractilité de la vessie, c'est là un point essentiel ; il est en général plus difficile de connaître la forme, le volume, la disposition des obstacles prostatiques, notions nécessaires pour décider du genre d'opération à laquelle on aura recours.

Alors même que toutes ces difficultés auront été écartées et que l'opération aura été suivie de succès, le bénéfice recueilli par le malade sera-t-il durable ?

Il est permis d'en douter : la lésion qui frappe l'appareil urinaire évolue fatalement ; la vessie conservera plus ou moins longtemps sa contractilité, mais tôt ou tard elle participera à la dégénérescence ; les mêmes symptômes reparaîtront et l'opéré se trouvera dans les mêmes conditions que ces prostatiques sans grosse prostate dont la vessie est frappée d'inertie complète. Un cathétérisme régulier deviendra alors nécessaire ; et on est en droit de se demander si cette manœuvre, bien employée dès le

début, n'aurait pas procuré un bénéfice au moins égal à celui de l'opération.

La cure radicale de l'hypertrophie prostatique doit être réservée à un petit nombre de cas qui, si exceptionnels qu'ils soient, ne permettent pas de la rejeter d'une manière absolue. On y songera lorsqu'un rapide développement de la prostate contraste avec l'intégrité du muscle vésical et permet d'espérer une conservation relativement longue de ses fonctions. Il est une autre indication plus formelle de l'intervention : c'est l'impossibilité ou l'extrême difficulté du cathétérisme. Quand chez un prostatique dont il est nécessaire de vider la vessie, le cathétérisme est difficilement praticable, le chirurgien a pour devoir de modifier la disposition du col moins dans l'espoir de rétablir la miction normale que pour faciliter le passage de la sonde.

Les exemples de survie à la suite d'interventions de ce genre sont peu nombreux, mais dans les cas où on a rétabli le cours de l'urine par une autre voie, hypogastrique ou périnéale, on a pu prolonger l'existence pendant plusieurs années, 10 ans même chez un opéré du Dr Forestier (de Seignelay). Nul doute que, si au lieu de maintenir une fistule permanente, on avait pu pratiquer sur le col des modifications convenables, le cathétérisme eût rendu les mêmes services que la canule hypogastrique à demeure.

Ces réserves faites, il nous reste à exposer les moyens proposés pour produire la diminution ou une modification notable de la glande. Ils sont nombreux et peuvent se ranger en 3 catégories suivant qu'ils ont pour but d'amener une diminution en masse de toute la glande, de modifier la disposition du col, ou d'inciser ou d'exciser des parties de la glande qui empêchent le libre cours de l'urine.

On a cherché à obtenir la diminution en masse de la glande au moyen de médicaments internes. Ceux-ci doivent être rejetés comme inefficaces sans en excepter l'ergotine qui a eu un moment de vogue ; seul, l'emploi des iodures peut être conseillé, car ceux-ci modifient heureusement la marche de l'artério-sclérose.

C'est en agissant directement sur la glande que les chirurgiens ont tenté d'en déterminer l'atrophie. Heine a pratiqué au sein du tissu prostatique des injections interstitielles de teinture d'iode. L'aiguille d'une seringue de Pravaz est conduite, sous la direction du doigt jusqu'au point qu'on veut ponctionner ; on l'enfonce de 4 millimètres dans le tissu prostatique, puis on injecte de 15 à 20 gouttes d'une solution au quart de teinture d'iode, injection qu'il faut en moyenne renouveler 10 fois. Une réaction inflammatoire assez vive se manifeste aussitôt après ; les bénéfices qu'en retirent les malades sont médiocres et la proportion de 1 décès sur 6 opérations montre que la méthode est loin d'être inoffensive.

L'électricité semble avoir donné de meilleurs résultats ; les courants continus ont été appliqués au moyen d'une électrode négative introduite dans le rectum, pendant que le pôle positif est placé dans l'urèthre ou plutôt au périnée ; car l'action du courant s'exerce aussi bien à travers le tégument et on évite ainsi d'irriter la muqueuse uréthrale. L'action atrophiante a été assez marquée dans les observations de Chéron et de Tripier.

Tout dernièrement en Allemagne, Casper a renouvelé ces tentatives et fait l'électro-puncture de la prostate. Une aiguille de platine est introduite par le rectum dans le tissu prostatique ; l'extrémité seule en est libre et la partie de l'aiguille qui reste en contact avec la muqueuse rectale est enduite d'un vernis isolant. Cette aiguille est mise en communication avec le pôle positif et l'autre électrode, positive, est placée sur la région hypogastrique. Avec des courants de 2 à 12 milliampères, Casper a obtenu une diminution de volume de la glande. Il serait utile de savoir ce que sont devenus ces malades et si l'amélioration s'est maintenue ; souvent, en effet, l'action de l'électricité se borne à déterminer un apaisement des phénomènes d'inflammation chronique dont les prostates hypertrophiées sont fréquemment le siège.

Les manœuvres qui ont pour but de produire une déformation du col ne constituent pas à proprement parler un traitement radical, car les modifications, quoique très réelles, sont en général assez passagères. Les instruments inventés à cet effet remontent à une époque déjà lointaine, à Leroy d'Etiolles, à Mercier, Charrière, etc. Il sont abandonnés aujourd'hui ; les mêmes résultats sont obtenus au moyen d'une sonde un peu volumineuse placée à demeure pendant un temps variable.

Très souvent, en effet, on laisse une sonde à demeure lorsque le cathétérisme a présenté de grandes difficultés ; on est parfois très surpris de voir après ces quelques jours combien le passage est devenu facile. Un tel changement tient à la décongestion de l'organe qui suit l'évacuation de la vessie, mais il est aussi le résultat d'une dépression, d'une sorte de rigole que la sonde creuse sur la paroi inférieure du canal, chemin que les autres instruments suivent fatalement désormais.

Les méthodes le plus souvent employées sont celles qui ont pour but de diviser ou d'enlever l'obstacle prostatique. Nous ne rappellerons que pour mémoire les opérations bien connues qui se pratiquent dans la profondeur de l'urèthre Mercier a surtout plaidé en faveur de la section de la *barre au col de la vessie* à l'aide d'un instrument analogue à un petit brise-pierre dont la branche femelle porte une lame tranchante. Aujourd'hui abandonnée en France, cette opération est encore pratiquée en Amérique où Gouley a modifié l'instrument de Mercier ; il prétend avoir obtenu une série de succès encourageants, conviction qui n'est pas partagée par un grand nombre de ses compatriotes et la plupart des chirurgiens.

Il n'en n'est pas tout à fait de même des tentatives de Bottini qui est venu rajeunir la méthode intra-uréthrale en employant une anse galvanique pour la section de la bride prostatique. Plusieurs instruments ont été construits pour diviser le tissu prostatique ou pour provoquer, par une action caustique, la mortification d'une large étendue de tissus. Par ces moyens, Bottini remplace l'instrument tranchant pour la section ou l'excision des tis-

sus prostatiques. Les accidents provoqués par ces opérations ont été peu graves et les malades paraissent en avoir retiré un certain bénéfice ; cependant les faits ne sont pas encore assez nombreux pour permettre de porter un jugement sur cette méthode. La chirurgie moderne s'est surtout efforcée d'aborder la prostate par une voie artificielle, hypogastrique ou périnéale. R. Harrison est un de ceux qui se sont le plus occupés d'obtenir une cure radicale. D'après lui la section ou l'extirpation d'une partie de la prostate est indiquée dans les cas suivants : 1° grande difficulté du cathétérisme ; 2° hémorrhagie; 3° soulagement incomplet après la miction ; 4° spasme des sphincters ; 5° cystite purulente.

L'idéal étant de conserver l'urèthre comme voie d'évacuation, Harrison a commencé par essayer l'emploi d'instruments analogues à ceux de Gouley.

Mais ces manœuvres ne sont pas toujours possibles et donnent ordinairement des résultats incomplets. Harrison leur préfère l'opération périnéale. Il incise l'urèthre sur un conducteur ; le doigt va explorer l'urèthre, et l'obstacle prostatique une fois reconnu, on l'attaque en partie avec le bistouri, en partie avec le doigt qui refoule les tissus de proche en proche; arrivé à ce niveau on peut pratiquer une sorte de tunnel à la base de la prostate où, par une incision médiane, écarter latéralement les deux moitiés du lobe hypertrophié. Harrison introduit alors dans la vessie un cathéter métallique à l'intérieur duquel est placé un drain de caoutchouc. Le tout est laissé à demeure pendant 6, 7 ou même 12 semaines. Au bout de ce temps le cathétérisme uréthal est ordinairement possible, on laisse la plaie se cicatriser en maintenant la liberté du col au moyen d'un cathétérisme méthodique et régulier. Harrison n'a jamais eu d'accidents attribuables à ces opérations et les 2 morts les plus rapides sont survenues, l'une 3 semaines, l'autre 6 semaines après. C'est ce qu'il appelle la prostatotomie externe et interne.

Tout autre est l'opération qui consiste à extirper un lobe prostatique. Les premières opérations de ce genre n'ont pas été voulues, mais l'extirpation d'une partie de la prostate a constitué un incident opératoire au cours d'une taille périnéale. Fergusson vit ainsi de petites masses fibreuses se détacher spontanément des deux côtés des surfaces de section. Cadge et Williams terminèrent une opération de taille en extirpant un certain nombre de ces corps isolés et les malades furent guéris non seulement de leur calcul, mais aussi de leur rétention d'urine. Harrison en conclut que la taille latérale peut être pratiquée dans certains cas d'hypertrophie, due à la présence de ces corps ronds isolés, qui sont facilement reconnus et détachés avec le doigt. Ailleurs il considère les cas où il y a coïncidence de calcul et d'hypertrophie. Si la prostate est modérément grosse, la lithotritie doit être tentée ; si on soupçonne une saillie prostatique, la taille permettra d'en faire l'extirpation au cours des manœuvres opératoires.

C'est surtout dans les cas de tumeurs saillantes intra-vésicales et d'hypertrophie du lobe médian que l'excision a été tentée. Deux procédés s'offrent aux opérateurs, qui peuvent suivre la voie hypogastrique ou la voie périnéale. Par cette dernière on pratique soit une taille véritable soit une boutonnière comme le conseille Thompson pour l'extirpation des tumeurs vésicales. La boutonnière est souvent employée par les chirurgiens anglais comme moyen d'exploration ; le doigt va explorer la disposition des lobes prostatiques qui fera décider de l'intervention ou de l'abstention.

Pénétrant par le périnée, Gross, Gouley se servent pour sectionner et extirper le lobe moyen d'un écraseur à fil métallique qui met, mieux que l'arrachement avec une pince ou avec les doigts à l'abri d'une hémorrhagie. Pour que ces manœuvres soient faciles et même possibles, la tumeur doit être nettement pédiculée ; cette disposition est tout à fait exceptionnelle ; aussi l'opération d'Harrisson n'est applicable qu'à un bien petit nombre de cas.

En général la voie hypogastrique a semblé préférable. Les premières opérations de ce genre ont été faites dans le but d'agrandir une fistule hypogastrique devenue insuffisante et chemin faisant, les chirurgiens (Dittel, Billroth) ont été amenés à exciser le lobe moyen. Plus tard la taille hypogastrique a été pratiquée d'emblée et avec la proposition arrêtée soit de modifier le lobe moyen, soit d'arrêter une hémorrhagie abondante. Sw. Edwards, Kœnig, Trendelenburg, l'ont faite avec succès. Mac Gill en a récemment posé les indications et reconnu les avantages : elle peut, suivant lui, être pratiquée dans deux circonstances différentes ; soit pour faire cesser des symptômes aigus, soit pour arriver à une guérison radicale. La section hypogastrique, répond en effet à la première de ces indications, et mieux que tout autre opération elle amène la cessation de la cystite et de l'hémorrhagie.

Les Allemands ont été plus loin ; considérant la taille hypogastrique comme insuffisante pour permettre de bonnes manœuvres d'extirpation, ils ont proposé de faire la résection partielle de la symphyse pubienne. Helferich, pour attaquer une énorme hypertrophie du lobe moyen, a réséqué les trois-quarts environ de la hauteur de cette symphyse, laissant à la partie inférieure un pont osseux ; la marche, est-il dit, était possible, quoique l'opéré ait succombé au bout de 8 jours. Kœnig et Rosenbach ont également pratiqué cette opération, Trendelenburg la considère comme ayant de l'avenir.

Signalons encore dans le même ordre d'idées une opération proposée par Langenbuch, mais, croyons-nous, non encore exécutée sur le vivant : c'est la taille sous-pubienne. Waldeyer s'est livré à des recherches anatomiques sur ce point et il en a montré la possibilité. Son indication principale, d'après Flesch, serait la petitesse et l'intolérance de la vessie qui en rendrait impossible la distension nécessaire pour la taille hypogastrique.

Dr Desnos.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Note relative aux divers systèmes d'Assurances pour servir d'introduction à une Etude sur l'*Assurance contre les maladies*.

Il existe deux modes ou formes d'Assurances en général, et d'Assurances contre les maladies, en particulier.

1° La forme dite *Système Mutuel* ;

2° *Système à primes fixes*.

Envisageons rapidement ces deux formes d'Assurances :

A. Le *Système Mutuel* consiste dans l'association d'un certain nombre de personnes réunies dans le but de se garantir mutuellement les uns les autres.

B. Le *Système à primes fixes* est celui des Compagnies qui prennent les risques à leur charge, moyennant le payement d'une somme parfaitement déterminée d'avance et invariable pendant toute la durée du contrat et par cela même appelée *Prime fixe*.

A. Le *Système Mutuel* se pratique de trois manières différentes, qui sont :

1° Le Système mutuel avec *cotisations variables* ;

2° Le Système Mutuel avec *cotisations fixes* ;

3° Le Système Mutuel avec *fonds de réserve créé par des actionnaires ou des obligataires*.

1° Dans la *Société Mutuelle à cotisations variables*, le sociétaire est à la fois *Assuré* et *assureur*: Il est *assuré*, puisqu'il a droit à la réparation du préjudice qu'il peut encourir ; mais il est *assureur*, puisqu'il paie, non seulement une cotisation fixe pour les frais d'administration, etc.., auxquels doit faire face la Société, mais encore sa part contributive des dommages éprouvés par les autres sociétaires. Sa cotisation est donc plus ou moins élevée, selon que les sinistres ont été plus ou moins considérables ; de là vient l'*appel des* PRIMES SUPPLÉMENTAIRES.

Et comme la contribution de chacun des sociétaires se calcule d'après la quotité des sinistres de l'année, cette contribution n'est perçue qu'après la clôture de chaque exercice. D'où il suit que les pertes éprouvées par l'assuré sinistré ne peuvent en général être remboursées qu'à la fin de la période annuelle.

2° Dans les *Sociétés Mutuelles à cotisations fixes*, l'assuré est encore assureur tout à la fois ; seulement s'il sait d'avance ce qu'il paiera, comme dans les compagnies à primes fixes ; il ne sait pas, par contre, ce qu'il recevra en cas de sinistre. Il verse sa *cotisation* au moment de la signature de la police, ce qui permet à l'administration de donner des *acomptes*, en attendant la liquidation de l'exercice. Quant à cette liquidation elle l'opère en distribuant à chacun des sinistrés *une fraction des cotisations disponibles, proportionnée à l'importance de leurs pertes*. De la sorte, si l'année a été calamiteuse, les indemnités peuvent être insignifiantes.

3° Le *Système Mutuel à cotisations fixes avec fonds de réserve créé par des actionnaires ou des obligataires*, n'est, en réalité, qu'une *société anonyme* déguisée.

B. Le *Système dit à Primes fixes* est celui des compagnies anonymes. Au contraire du système Mutuel, il n'établit aucune confusion entre l'assuré et l'assureur. Représenté, d'habitude, par une riche et puissante compagnie, il garantit à l'assuré, à l'aide d'un capital en général considérable, et *moyennant une prime convenue d'avance avec cet assuré, et* INVARIABLE *pendant toute la durée de la police, l'indemnité immédiate et intégrale* en cas de sinistre, quelque nombreux et quelque importants d'ailleurs que soient les autres sinistres survenus et devant survenir dans le cours de l'année.

On comprend aisément la supériorité de ce dernier système sur la mutualité, puisqu'il n'expose l'assuré à aucun versement en dehors de sa prime,et que, d'ailleurs, dans ce système, les indemnités sont payées au sinistré aussitôt qu'elles lui sont dues. C'est donc à lui qu'il faut recourir pour le fonctionnement d'une société d'Assurances contre les maladies, dans le cas surtout où l'on veut garantir une *rente viagère* ; lui seul, en effet, permet d'éviter des déceptions survenant comme conséquence de sinistres trop nombreux ou trop graves qui trop souvent sont des causes de ruine pour les mutuelles, au début de leur fonctionnement.

Quelques renseignements sur le fonctionnement de la *Société Mutuelle* : LE PROGRÈS, 57, rue de Maubeuge.

Le *Progrès* est une *Mutuelle à cotisations fixes* qui a été fondée par M. *Jules Guyot*, le 1er mars 1888. (Voir l'*Argus* du 15 Avril 1888.)

Or, « suivant acte passé devant Me Renard, et « son collègue, notaires à Paris, le 3 Mars 1888, en-« registré, M. Jules-Marie-César Guyot, directeur « d'Assurances, demeurant à Paris, Avenue de Wa-« gram 154, a déclaré que *Dix personnes avaient* « *adhéré aux statuts sus-énoncés de la Société le* « *Progrès*, et étaient assurées au total pour 17,200 « francs de rente viagère, et 105 francs d'indemnité « quotidienne, et que ces dix premiers adhérents « avaient effectué en espèces les versements préala-« bles à la constitution de la Société, fixés par les « statuts, lesquels s'élevaient au total à la somme « de 620 francs 65 centimes. »

La Société LE PROGRÈS, n'a donc aucun fonds de garantie. Elle ne recule cependant pas devant les responsabilités, puisqu'elle offre au public *des contrats de 1 à 50 francs d'indemnité quotidienne et des rentes viagères qui vont de 100 francs à 10.000 francs*.

A quelles conditions s'assure-t-on à cette Mutuelle ? En d'autres termes, combien et comment doit-on payer ? Et en cas de sinistre, combien et quand recevra-t-on ? Il n'est pas de meilleur moyen, pour résoudre ces importantes questions, que d'étudier avec soin les statuts de la Société. C'est ce que nous avons fait avec la plus grande attention pour l'édification de nos confrères.

Pour plus de clarté, prenons un exemple : *Un médecin désire s'assurer une indemnité quotidienne de 10 francs par jour ; il a 40 ans, que paiera-t-il ?*

Pour être sociétaire, il faut, dit l'article 49 des statuts, adhérer à ces statuts, et cette « *adhésion* « *est constatée par la remise d'une police signée* « *du directeur général ou de son fondé de pou-* « *voirs*.

« La remise de la police n'engage la *responsabi-* « *lité de la Société qu'après le paiement du coût de* « *la police et du droit d'admission*.

« Or, *Art* 50, le droit d'admission est fixé par « les tarifs ». Et d'après le tableau *B* (page 8 des « statuts) « le droit d'admision est de 2/3 du maxi-« mum de garantie. »

Comprenez-vous, mes chers confrères ? Permettez-moi de vous donner ici une explication.

Pour avoir droit à une indemnité de 10 francs

par jour, le médecin âgé de 40 ans paiera 100 francs, ce qu'on appelle ici le *maximum de garantie*, dont les 2/3 sont 66 fr. 66.

Il paiera donc, n'oubliez pas le chiffre, 66 fr. 66, comme cotisation ou droit d'admission.

Or, aux termes de l'article 64 des statuts, il paiera, sans compter les droits de timbre, et d'après le tarif du tableau *B*, 1re classe, professions libérales, une contribution annuelle de 100 francs.

Nous avons déjà.

1° Droit d'admission	66 fr. 66
2° Cotisation annuelle (Droit de timbre non compris)	100 fr.
	166 fr. 66

Vous croyez, probablement, que c'est tout. Hélas ! Vous n'avez pas lu l'article 67 des statuts. Il est ainsi conçu.

« *Art.* 67. Pour être appliquée aux frais d'abord, « notamment aux commissions des agents, et en« suite pour former un fonds de prévoyance, chaque « sociétaire sera tenu de verser, avant la liquida« tion de l'exercice, une portion n'excédant pas les « deux tiers de la contribution annuelle. »

Or, cette contribution annuelle est de 100, dont les 2/3 sont de 66 fr. 66, ce qui fait en tout à payer :

1° Droit d'admission	66 fr. 66
2° Cotisation annuelle (sans les droits de timbre)	100 fr.
3° Portion de contribution pour frais, commissions des agents, etc	66 fr. 66
4° Ajoutons le coût de la police	5 fr.
Nous avons un total fort respectable de Fr.	238 fr. 32

qu'il vous faudra payer pendant les 12 premiers mois pour vous assurer 10 francs d'indemnité quotidienne. Mais, d'abord, toucherez-vous cette indemnité ? C'est ce qu'il faudra examiner, de même que nous examinerons aussi ce que vous coûterait une pareille assurance dans une Société anonyme.

Avant de passer à cet examen, constatons immédiatement que : « *art.* 78, *les cotisations ne sont pas quérables* », ce qui veut dire que si, « *dans la quinzaine de leur échéance* » vous n'en avez pas payé le montant, en le portant vous-même au siège social ou à l'agence (car, contrairement aux habitudes des compagnies d'Assurances, on n'ira pas vous le demander à domicile) vous serez déchu de tous vos droits, « *vous n'aurez droit à aucune indemnité* « *en cas de sinistre* », chose importante à se rappeler. Car si vous tombiez malade, après avoir oublié de payer votre prime, la Société prendrait texte de cette circonstance pour se décharger de toute responsabilité envers vous.

Si encore vous saviez quand vous paierez ! Mais vous ne le savez même pas, car l'article 69 dit que : « lorsque la liquidation d'un exercice nécessite l'ap« pel de cotisations complémentaires sur le maxi« mum de garantie (Combien y a-t-il d'assurés du « *Progrès* qui aient lu cela ?) le conseil d'adminis« tration, sur la proposition du directeur général, « en fixe le montant, ainsi que l'époque du paie« ment. »

Mais enfin, vous avez été un sociétaire modèle, vous avez acquitté ponctuellement votre droit d'admission, votre cotisation, droits de timbre, etc..... Vous tombez malade. Vous êtes, disions-nous, assuré pour 10 francs par jour. Les toucherez-vous ? Et si vous les touchez, quand les toucherez-vous ?

Ces deux questions méritent bien qu'on les examine attentivement. Et pour cela, lisons les statuts.

Vous croyez naïvement que vous toucherez vos 10 francs d'indemnité quotidienne après votre maladie. Eh ! bien, écoutez-moi.

« *Art* 76. Aussitôt que l'indemnité aura été fi« xée, le sociétaire recevra *en compte les verse*« *ments qui seront déterminés par le Conseil d'ad*« *ministration* ».

Et si le conseil ne vous donne que 3, 4 ou 5 francs d'acompte, quand donc toucherez-vous le reste ?

Consultez les art. 84 et 85.

« *Art.* 84 : *Dans les 3 mois qui suivent l'expira*« *tion de chaque année*, il est fait un règlement gé« néral des sinistres à la charge de l'année, et *cha*« *que ayant droit reçoit*, S'IL Y A LIEU, *le solde de* « *l'indemnité réglée à son profit.* »

Art. 85 : En cas d'insuffisance du fonds de garantie, et de la moitié du fonds de réserve, *l'indemnité de chaque ayant droit est* DIMINUÉE AU CENTIME LE FRANC.

Le sociétaire paie fort cher, et il est menacé de ne toucher qu'un acompte sur son indemnité. Et s'il est tombé malade le 1er janvier 1888, il pourra ne recevoir le solde de son indemnité qu'au mois de mars ou avril 1889, *c'est-à-dire* 15 *mois après sa maladie*, et alors que peut-être il en aura réparé la conséquence.

A quoi peut servir en ce cas une assurance ?

Et si vous vous êtes assuré une rente viagère en cas d'infirmité, quelle garantie vous offrira la Compagnie ? Aucune ; car, comme le dit très clairement l'article 81 des statuts, « le sociétaire ne peut « obliger la Société à déposer en dehors de ses cais« ses ou à employer de telle manière que ce soit, le « capital nécessaire à la constitution de la rente « viagère ».

Cette restriction, qui se comprend de la part d'une Compagnie anonyme avec un groupe d'actionnaires représentant une garantie sérieuse, est ici fort dangereuse.

Et maintenant, mes chers confrères, vous assurerez-vous au *Progrès* ?

Docteur X....,
Membre du *Concours médical*.

Les honoraires médico-légaux.

C'est de haut, aujourd'hui, que nous vient la grève médicale. Trois professeurs de la Faculté de médecine de Montpellier ont présenté une note d'honoraires, et le parquet a cru devoir en réduire d'un *tiers* le total.

Les trois professeurs ont décidé de ne plus accepter d'expertise judiciaire. Nous sommes curieux d'apprendre quels sont les médecins qui vont accepter la corvée. Il s'en trouvera et nous informerons nos lecteurs. Les professeurs se révoltent. Il y a beau temps que les praticiens ont montré ces velléités et bien des fois c'est d'assez haut que sont venues les exhortations à la patience. Voilà un siècle qu'elle dure.

Incompatibilité de fonctions.

Au mois de janvier 1881, le Conseil de préfecture de la Seine avait décidé que, s'il y a incompatibilité entre les fonctions de médecin du dispensaire de la préfecture de police, rétribuées sur le budget

municipal, et celle de conseiller municipal, la renonciation au traitement faisait disparaître l'incompatibilité.

Il y a eu depuis plusieurs arrêts du Conseil d'Etat dans le même sens et, le 15 juin dernier, le Conseil de préfecture de la Haute-Garonne a décidé, conformément à la loi du 5 avril 1884, art. 33, 10°, qu'il ne suffisait pas de ne point toucher le traitement pour faire disparaître l'incompatibilité, mais qu'il fallait encore avoir formulé une renonciation formelle à ce traitement.

BULLETIN DES SYNDICATS

ET DE

L'UNION DES SYNDICATS

DIRECTEUR : Dr BARAT-DULAURIER

Syndicat des Médecins de Rouen.

Extrait du procès-verbal de la séance du 3 août 1888.

PRÉSIDENCE DE M. DOUVRE, président

La séance est ouverte à neuf heures.

Membres présents : MM. Douvre, Delabost, Debout, Hélot, Ballay, Cerné, Giraud, Pétel, de Willing Gargam.

Excusé : Jude Huc.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. BALLAY demande des éclaircissements au sujet de la décision prise dans la dernière séance, qui établit qu'aucun membre du Syndicat n'acceptera à l'avenir de faire un certificat médical pour une Compagnie d'assurances sur la vie à moins de 20 francs.

Les médecins actuels des Compagnies d'assurances doivent-ils donc abandonner ces Compagnies si elles ne veulent pas accepter le tarif de 20 francs ? Dans ce cas, il fait des réserves.

M. DOUVRE explique que cette décision n'engage que l'avenir, c'est-à-dire que dorénavant un Membre du Syndicat ne consentira pas à devenir le médecin d'une compagnie d'assurances si elle ne veut pas accepter le tarif de 20 francs par certificat. Mais il n'y a rien de changé pour les médecins actuels, qui devront seulement s'efforcer d'obtenir cette augmentation par la persuasion.

M. HÉLOT reconnaît la justesse des revendications des médecins et croit que leurs prétentions n'ont rien d'exagéré. Mais il pense qu'il est imprudent de prendre aucun engagement, car ou bien cet engagement ne sera pas tenu, comme cela se passe dans certaines villes, ou bien ce sera au détriment des Membres du Syndicat, car ce seront les médecins qui ne font pas partie de l'Association professionnelle qui accepteront les conditions des Compagnies d'assurances.

M. DEBOUT croit aussi qu'il n'y a pas lieu de se montrer trop strict pour les engagements jusqu'à ce que tous les médecins de Rouen fassent partie de l'Association. C'est à ce but que doivent tendre tous nos efforts actuels, recruter des adhérents.

M. CERNÉ estime qu'on doit faire une différence entre les certificats qui sont donnés dans le cabinet du médecin et ceux qui sont faits au domicile même du proposant. Dans ce cas, il y a, en effet, des dérangements qui doivent motiver une rémunération plus élevée.

La décision adoptée dans la dernière séance est alors modifiée de la façon suivante :

A l'avenir, aucun des Membres de l'Association professionnelle des médecins de Rouen n'acceptera de devenir le médecin d'une Compagnie d'assurances sur la vie, à moins que les honoraires des certificats faits à domicile ne soient de 20 fr.

M. PÉTEL expose qu'il y a des inconvénients à ce qu'un petit nombre de Membres puissent prendre des décisions qui engagent tous les Membres du Syndicat sans que ceux-ci en aient été prévenus.

Il propose donc qu'à l'avenir, conformément à ce qui se passe pour les modifications aux Statuts, toute décision engageant les membres du Syndicat ne devienne exécutoire qu'après avoir été portée à l'ordre du jour et adoptée à la majorité des Membres présents dans deux séances consécutives.

Il est décidé que cette proposition de M. Pétel sera portée à l'ordre du jour de la prochaine séance.

La séance est levée à 10 heures.

Le secrétaire,
Dr DEBOUT.

Union des Syndicats.

Séance du Bureau du 4 décembre 1888.

Les membres du bureau de l'Union se sont réunis le 4 décembre 1888 dans les bureaux du Concours médical.

Etaient présents : MM. Leroy, Cézilly, Maurat, Millet, Barat-Dulaurier.

Budget.— Depuis l'assemblée générale du 4 novembre, le trésorier a reçu du syndicat de Senlis, par M. Maurat, la somme de 40 francs ; du Syndicat de Montaigu (Vendée), 48 fr. ; du Syndicat de la Scudre 25 fr., soit 113 fr., ce qui porte l'actif de l'Union, à ce jour, à 1250 fr. 95. Cette somme sera certainement beaucoup dépassée par le recouvrement d'un nombre assez considérable de cotisations en retard, la rentrée de quelques-unes étant absolument certaine.

Recouvrements.— M. *Cézilly* propose de faire recouvrer par la poste et à époque fixée, les cotisations des syndicats qui ne se seraient pas antérieurement libérés, en prenant pour base la cotisation versée l'année précédente, toutes les fois que les secrétaires n'auraient pas signalé de modifications survenues au cours de l'exercice. (Adopté.)

Sur la proposition de M. *Maurat*, il est entendu que le recouvrement sera annoncé un mois à l'avance aux secrétaires figurant sur les listes des syndicats adhérents. (Adopté.)

Statuts de l'Union des Syndicats.—Ils devront être publiés au premier numéro du Bulletin contenant le compte rendu de l'Assemblée générale des délégués.

Siège de l'Union.— Le siège de l'Union est transféré rue de Dunkerque, 23 ; déclaration en sera faite à la Préfecture et conformément à la loi.

Vœu Gibert.—Le bureau décide qu'une circulaire signée du Président sera adressée à tous les syndicats pour leur rappeler le vœu pris en considération et formulé par M. Gibert.

Assistance médicale dans les campagnes. Rectification au procès-verbal. (Voir plus bas).

Nomination des médecins des hôpitaux de Province. — La commission désignée à la dernière assemblée générale sera invitée à se réunir lorsque les syndicats auront fait connaître leur sentiment à ce sujet. Les présidents des syndicats sont priés

de mettre cette importante question à l'ordre du jour de leur prochaine réunion.

Le bureau de l'Union décide également que dans la circulaire sus-énoncée de son président M. Leroy, les Syndicats seront invités à mettre à l'ordre du jour de leur première séance la question de la réunion d'un *Congrès professionnel* en 1889. Les motifs qui militent en faveur de ce congrès seront résumés dans la circulaire du Président.

Syndicat central. — M. le Président, à qui M. Cézilly fait part de l'organisation de ce syndicat, promet d'assister à la prochaine séance.

Le Président, LEROY. *Le Secrétaire,* AD. BARAT-DULAURIER.

Paris, 4 décembre 1888.

Rectification au sujet de la discussion sur l'Assistance publique dans les campagnes.

(Voir compte rendu de l'Assemblée du 4 novembre.)

« Après la discussion et la lecture du rapport si intéressant du Dr *Chaumier*, du Grand-Pressigny, et l'adoption du vœu tendant à rendre l'assistance publique obligatoire, il a été entendu que la commission qui s'est occupée déjà de cette question, serait convoquée de nouveau pour examiner les divers systèmes et proposer une solution ferme au congrès professionnel.

Cette commission se compose de MM. Leroy, président, Cézilly, vice-président, Gassot, secrétaire, Bibart, Chaumier, Gauthier (Luxeuil), Lardier, Lécuyer, Maurat, Millet et Marguerite. »

Société locale des Médecins de la Mayenne

La Société locale des Médecins de la Mayenne vient de prendre au sujet de l'*exercice civil des médecins militaires*, les résolutions suivantes, que nous signalons tout particulièrement à nos confrères :

» Considérant que la médecine militaire rentre « dans la catégorie indiquée à l'article 17, paragra« phe 1, de la loi du 15 juillet 1880 sur les paten« tes : « Ne sont pas assujettis à la patente les em« ployés et fonctionnaires salariés soit par l'Etat, « soit par les administrations communales ou « départementales, en ce qui concerne seulement « l'exercice de leurs fonctions ;

« Considérant que le médecin militaire, fonction« naire salarié par l'Etat, sort de l'exercice de ses fonc« tions en faisant de la médecine civile et par con« séquent doit être soumis pour ce fait à la patente ;

« Considérant que cette interprétation de la loi a « été établie par plusieurs arrêts de Conseils de « Préfecture (Alpes-Maritimes, etc.) et par un arrêt « du Conseil d'Etat (12 mai 1882, rejet du pourvoi « Baudon, médecin-major, exerçant la médecine ci« vile, imposé de la patente par le contrôleur des « contributions directes) ;

« Est décidé à signaler M. le médecin-major A... : « 1° au Parquet, auquel il n'a point fait enregistrer « son diplôme (loi du 19 ventôse, an VI) ; 2° au con« trôleur et au directeur des contributions directes « pour être patenté (articles 1 et 17, paragraphe 1, « de la loi du 15 juillet 1880) ; 3° au directeur du « service de santé du 4e corps d'armée et au mi« nistre de la guerre (l'officier ne devant dépendre « que du ministère de la guerre) ; 4° enfin, si ces « démarches légales ne réussissaient pas, à la Cham« bre des députés par voie d'interpellation. »

Le Bureau a été d'avis qu'il était convenable de prévenir M. le médecin-major A... des mesures qu'il se voyait obligé de prendre contre lui sur la plainte de plusieurs membres de la Société. M. le président a été chargé de cette mission. M. A... a déclaré se rendre aux observations de M. le président. Le Bureau a décidé alors de surseoir à toutes les démarches projetées, jusqu'au jour où de nouveaux faits d'exercice illégal de la médecine civile les rendraient nécessaires.

NOUVELLES

M. le docteur Chervin, directeur de l'Institution des Bègues de Paris, commencera le mercredi 12 décembre à 5 heures, à l'école pratique (amph. n° 2) ses *leçons sur les troubles de la parole*, et les continuera les mercredis, à la même heure.

La première leçon sera consacrée à des considérations générales sur les troubles de la parole.

— M. le Dr Lande, agrégé, a été nommé médecin légiste du parquet de Bordeaux, en remplacement de M. le Dr Lafargue, démissionnaire.

— *Cours de mesdames de Bure et Suillet*, 11 bis, passage de la Visitation (rue Paul-Louis Courier), faubourg Saint-Germain.

Enseignement spécial de l'anglais par la pratique ; classe quotidienne, de dix heures à midi, sous forme de jeux, conversations, leçons de choses, etc. Etude surveillée de neuf à dix heures. Cours spéciaux de langue française et de de littérature pour les étrangères.

Le directeur du *Concours* recommande avec instance à nos lecteurs le cours de Mlle Suillet. Il leur sera personnellement reconnaissant s'il leur est possible d'envoyer des élèves à la fille du Dr Suillet dont nous avons annoncé, il y a deux ans, la mort prématurée.

— RESTITUTION DU DIPLÔME APRÈS DÉCÈS. — C'est d'Orient que nous vient la lumière.

Le ministre de l'intérieur de l'Empire ottoman vient d'ordonner la restitution à l'Ecole de médecine du diplôme ayant appartenu à tout médecin ou pharmacien décédé. Cette excellente mesure, dont le but est d'empêcher les empiriques de se servir abusivement du diplôme de personnes décédées, devrait bien être adoptée en France et surtout en Algérie où l'on a constaté, il y a quelques années, le scandale professionnel dû à l'appropriation du diplôme d'un docteur-médecin décédé à Marseille par un garçon d'une droguerie.

(*Journal de médecine d'Alger.*)

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret de faire part à nos lecteurs du décès de MM. les docteurs Thomas, de Caen; Theulier, de La Ferté-sous-Jouare; Velten, de Versailles; Audoyer, de La Couronne, membres du Concours médical.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU CONCOURS MÉDICAL

M. le Dr LANTEIRÈS de Billancourt, présenté par M. le Dr Grellety, de Vichy.

M. le Dr H. COLLIN de Saint-Honoré-les-Bains, présenté par M. le Dr Billoux de Cepoix (Loiret).

BIBLIOGRAPHIE

Chez LECROSNIER et BABÉ
Paris, 23, place de l'École de Médecine.

Nouveau traitement de l'épilepsie, sa guérison possible, par le Dr Emile Goubert, in-8°. 0 fr. 75

A la librairie O. DOIN, 8, place de l'Odéon, Paris.

Les névroses et le pessimisme, conférence faite au palais des facultés de Clermont-Ferrand, le 4 mars 1886, par le Dr A. Descamps. In-12 de 40 pages. Prix 1 franc.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise).— Imp. DAIX frères, place St-André, 3.
Maison spéciale pour journaux et revues.

Dixième année **N° 51** 22 Décembre 1888

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE

Nécessité d'interdire les représentations théâtrales d'hypnotisme.

M. *Gilles de la Tourette* a exposé à la Société de médecine légale combien les inconvénients de l'hypnotisme, exécuté publiquement, étaient devenus fréquents dans ces dernières années. Déjà dans plusieurs pays étrangers le gouvernement, s'appuyant sur les autorités médicales, a pris le sage parti d'interdire les représentations publiques d'hypnotisme comme attentatoires à la santé des spectateurs et à la morale. Aussi la France devient-elle le refuge de tous les entrepreneurs de ce genre de spectacle. Les inconvénients graves de l'hypnotisme pour un grand nombre de spectateurs prédisposés à cette névrose expérimentale ayant été surabondamment démontrés par Charcot, Pitres, Damaschino, Garnier, Séglas qui ont cité des véritables épidémies d'hypnotisme, il faut obtenir que les pouvoirs publics en France prennent les mêmes mesures prohibitives que les gouvernements étrangers. M. Brouardel s'est associé à la proposition de M. de la Tourette, ajoutant que les magnétiseurs de théâtre font des élèves, qu'ils contribuent de cette façon à créer dans la société une classe d'individus peu scrupuleux, mettant l'hypnotisme au service de leurs passions les plus basses. C'est ainsi que le sieur Lévy, dentiste de profession, mais autrefois magnétiseur, n'avait pas hésité à violer, en état d'hypnotisme, une malheureuse jeune fille qui était venue réclamer ses soins. M. Brouardel était commis comme expert. Cet individu fut condamné à 10 ans de réclusion par la cour d'assises de Rouen (1877).

La Société de médecine légale (séance du 10 décembre) a donc voté à l'unanimité « le vœu que les séances publiques d'hypnotisme soient interdites, en raison des nombreux accidents qu'elles provoquent. » Le bureau est chargé de présenter ce vœu au préfet de police.

Dangers du chauffage des voitures publiques par le charbon (1).

M. *Ducor* a établi, par des observations cliniques et par des expériences, que les dangers du chauffage des voitures publiques par le charbon sont en rapport avec la production d'une quantité considérable d'acide carbonique et d'oxyde de carbone et aussi de vapeurs plombiques. Ces dernières proviennent de la combustion du mélange qui sert à l'agglutination du poussier de charbon, avec lequel on fabrique ces briquettes spéciales.

Il conclut ainsi :

Le chauffage des voitures par le charbon, tel qu'il est généralement pratiqué, est un procédé défectueux et peut donner lieu à des accidents asphyxiques.

L'asphyxie peut être brusque et atteindre des personnes exposées une seule fois aux gaz produits par la combustion du charbon des voitures ; elle peut, au contraire, être lente et succéder à l'absorption plusieurs fois répétée de ces mêmes gaz.

Cette asphyxie se traduit par des phénomènes de congestion des muqueuses exposées à l'action des vapeurs de charbon ; elle laisse à sa suite une anémie plus ou moins tenace, suivant les sujets et la gravité de l'intoxication.

Il y a lieu d'adopter un système de chauffage des voitures publiques autre que celui actuellement en usage.

On pourrait se servir soit de boules remplies d'eau chaude tenant en dissolution un sel dont la présence s'oppose au refroidissement rapide — c'est le procédé employé par certaines Compagnies de chemin de fer — soit de réchauds à charbon avec prise d'air située à l'extérieur.

(1) Société de médecine pratique, 8 décembre.

Danger de traiter les vignes par le cuivre.

M. *Danet* a été témoin, au mois d'octobre dernier, d'un cas d'empoisonnement par le cuivre, survenu chez une jeune dame qui avait grapillé dans les vignes d'un jardin traitées à trois et et quatre reprises différentes par l'arrosage à la bouillie bordelaise; cette bouillie n'est autre qu'un mélange de chaux vive et de sulfate de cuivre employé depuis longtemps en agriculture pour le chaulage des blés d'ensemencement qui, de cette façon, sont à l'abri du charençon, des mulots et autres ennemis de nos récoltes.

L'emploi des préparations de cuivre, ainsi que celui des solutions de pyronilite de plomb préconisé, en ce moment, dans le traitement du phylloxera, peut donc rendre le raisin nuisible à la santé publique.

Traitement de l'épilepsie par le bromure d'or.

M. le Dr Emile Joubert, qui a été lauréat de l'Académie de médecine cette année (prix Barbier), préconise dans le mémoire honoré de cette récompense le traitement de l'épilepsie par le bromure d'or et croit la guérison possible par ce médicament. C'est depuis 1878 que M. Joubert a expérimenté ce traitement; avec le bromure d'or on éviterait, dit notre confrère, les accidents d'intolérance, de bromisme qui surviennent souvent avec les bromures alcalins. Voici le mode d'emploi:

Le bromure d'or s'emploie en granules ou en solution.

M. Joubert avait commencé à se servir, en 1878, des granules qui lui paraissaient plus commodes; il a obtenu avec eux de très bons résultats chez certains malades, moins bons chez d'autres. La pensée lui est venue que cette inégalité d'action pouvait être imputée à la forme du médicament et il a essayé la solution qui a toujours été efficace.

La solution, même très faible, est d'un rouge orangé intense, elle ne saurait être comparée à celle du chlorure d'or d'un jaune paille très pâle.

Doses.— La dose moyenne pour adulte est de 8 milligrammes en vingt-quatre heures; pour un enfant, 3 à 6 milligrammes suffisent. Quand on veut obtenir un effet rapide chez un adulte, on commence d'emblée par 8 milligrammes, et si cela ne suffit pas, on augmente peu à peu la dose suivant les résultats obtenus.

Le plus souvent il ne faut pas forcer la quantité du médicament absorbé chaque jour; quand il se produit une céphalée peu intense, persistante, sans somnolence, mais identique chez tous les malades qui l'ont éprouvée, en revenant à la dose moyenne, l'accident cesse de suite.

M. Joubert n'a jamais dépassé 12 milligrammes en vingt-quatre heures.

L'action du bromure d'or paraît durable, puisque des malades ont pu rester pendant plusieurs années, n'ayant fait aucun traitement, sans voir apparaître le plus petit accident, la moindre manifestation épileptiforme.

Pour prendre date M. Joubert cite les bons effets du bromure d'or dans la migraine, quelle qu'en soit l'origine.

Trois cas de goître exophthalmique ont été traités avec un succès complet par ce médicament.

Le spasme glottique d'origine nasale.

M. le Dr A. Ruault, chef de la clinique laryngologique des Sourds-Muets, déclare que certaines lésions de la muqueuse des fosses nasales, telles que les polypes muqueux et la rhinite hypertrophique, peuvent provoquer, par voie réflexe, des accès répétés de spasme de la glotte, qui, dans certains cas se sont montrés assez graves pour nécessiter la trachéotomie.

Ces accès de dyspnée laryngo-spastique peuvent se renouveler pendant très longtemps, quelquefois vingt ans et plus, ne céder à aucune médication et guérir en très peu de temps par le traitement de l'affection intra-nasale dont ils dépendent.

Les femmes, particulièrement les hystériques, paraissent prédisposées à cette affection. Mais

FEUILLETON

Office sanitaire de Marchaux.

(*Suite.*)

Marchaux est la première commune de Franche-Comté où un office sanitaire modèle, l'office que j'avais rêvé, a été établi en 1875.

Les débuts de cette institution ont été assez difficiles.

Depuis la guerre franco-allemande, ce petit chef-lieu de canton avait été privé de médecin. On était obligé d'en faire venir un de bien loin, soit de Cendrey, soit de Roulans, soit même de Besançon, quand on avait quelque malade.

La commune était riche, très riche!

Pour avoir un médecin à poste fixe, la municipalité du lieu fonda une caisse ou bureau de bienfaisance sous le titre d'*Office sanitaire de Marchaux*. Cette caisse fut dotée d'une rente de 1500 francs destinée à entretenir à perpétuité et à assurer convenablement le service médical dont le pays avait été privé pendant si longtemps.

On m'a dit qu'un bienfaiteur anonyme, qui aurait eu l'idée première, n'avait pas peu contribué aux frais de la fondation. Et je n'ai pas de peine à le croire, connaissant combien les paysans sont peu prodigues de leur argent, et surtout peu enclins à le dépenser en œuvres de philanthropie.

Quoi qu'il en soit, mille francs étaient destinés à rétribuer annuellement le médecin qui serait chargé du service, à la condition qu'il résiderait à Marchaux, le surplus devant servir à subventionner le secrétaire de l'office et à parer à tous les aléas.

§

L'office sanitaire était administré par six membres choisis par le Conseil municipal et renouvelés par tiers tous les quatre ans.

Le médecin devait être nommé sur des propositions de la Société des médecins du Doubs, par les administrateurs, d'accord avec ledit conseil, et sa nomination régularisée par le Préfet.

§

Il était tenu de soigner gratuitement les indigents; ce qui était de la part de l'administration une bévue qu'elle tenait de la tradition.

Il devait visiter les écoles de temps en temps;

celle-ci peut se montrer également chez des individus des deux sexes ne présentant pas et n'ayant jamais présenté de symptômes d'hystérie.

Le spasme glottique d'origine nasale peut atteindre les enfants aussi bien que les adultes.

En même temps que le spasme glottique, on peut observer le spasme bronchique généralisé ; et quelquefois, en dehors des accès, on voit persister pendant longtemps un état spasmodique plus ou moins accentué de tout l'arbre respiratoire.

Les troubles de la voix dus à des spasmes phoniques du larynx sont également une complication fréquente de la maladie en dehors des accès.

Le pronostic est très bon quand l'origine de l'affection est reconnue, mauvais dans le cas contraire.

Le diagnostic se fait d'abord par exclusion des autres causes connues de spasme glottique, puis par l'anamnèse et l'examen rhinoscopique complété à l'aide du toucher par la sonde et de l'épreuve avec la cocaïne.

Le traitement de l'accès, quand il est grave, consiste à essayer l'action de la cocaïne en badigeonnage intra-nasal, à administrer le chloroforme, et enfin à ouvrir la trachée si l'existence du malade est menacée.

Le traitement de la maladie n'est autre que le traitement de l'affection nasale qui en est la cause. (*Archives de laryngologie et de rhinologie*, 15 novembre 1888.)

Rapports de l'ataxie locomotrice avec le goître exophthalmique (1).

M. *Joffroy* dit qu'on peut rencontrer chez un ataxique tous les symptômes caractéristiques de la maladie de Basedow : exophthalmie, tachycardie, goître, tremblement des mains, etc. ; il est plus fréquent pourtant de ne trouver chez les tabétiques que quelques-uns de ces symptômes, et la tachycardie est alors le plus souvent observée. Y a-t-il alors simple coïncidence des deux maladies ou bien le syndrome de Basedow est-il la conséquence de l'ataxie elle-même ? Depuis quelques années M. Joffroy a noté six fois la protusion des yeux, sept fois la tachycardie, deux fois l'hypertrophie thyroïdienne et le tremblement chez sept ataxiques.

Dans deux cas l'hystérie était en outre évidente. M. Joffroy ne voit pas pourquoi on répugnerait à accepter la coïncidence du tabès et de la maladie de Basedow, alors que d'une part on sait que le tabès peut se combiner avec l'hystérie, la paralysie générale, beaucoup de psychopathies, et que d'autre part on voit le goître exophthalmique se combiner avec l'hystérie, l'épilepsie, la chorée, l'aliénation mentale. Mais il n'est légitime d'admettre la coëxistence de la maladie de Basedow et du tabès que quand le tabétique présente tous les signes de la première. Quand le syndrome Basedowien est incomplet, on doit être plus réservé. Car, dès 1867, M. Charcot montrait que la tachycardie peut exister chez les ataxiques à une certaine période de la maladie.

M. Joffroy, alors interne de M. Charcot, émit même cette opinion que la tachycardie ne lui paraissait pas pouvoir être rattachée à une lésion des noyaux d'origine des pneumogastriques, telle qu'on en observe dans la paralysie labio-glosso-laryngée ou la sclérose en plaques. Aujourd'hui qu'on connaît les névrites périphériques chez les ataxiques, on pourrait penser que la lésion génératrice de la tachycardie peut siéger dans le pneumogastrique lui-même. Toutefois M. Joffroy ne se prononce pas sur ce point.

Quelle que soit la pathogénie de la tachycardie, elle existe seule chez un ataxique comme un des symptômes de l'ataxie même. On doit penser la même chose de la protusion des globes oculaires sans autre signe de maladie de Basedow.

M. Joffroy résume sa pensée par les deux conclusions suivantes :

1° On peut voir réunis chez le même sujet le tabès et la maladie de Basedow. Il semble même

(1) Société médicale des hôpitaux, 14 décembre.

---

vacciner les enfants deux fois l'an ; surveiller la salubrité publique, et appeler l'attention de la municipalité sur les mesures prophylactiques ou hygiéniques à prendre.

Annuellement enfin, il fournissait un rapport sur l'état sanitaire de la commune.

Il devait en outre recevoir en consultation et aller voir à domicile les malades chez qui il était appelé ; et pour chaque visite et consultation ordinaire, il ne pouvait pas exiger plus *d'un* franc.

§

L'office sanitaire devait être pourvu constamment d'un dépôt des médicaments officinaux les plus usuels qui seraient confiés au secrétaire de l'office, mais dont le médecin serait responsable.

Les substances ou les médicaments en question seraient délivrés sur son ordonnance ou par lui-même au public à des prix modérés, et le bénéfice de cette vente devait être attribué à l'office ; aussi bien du reste que la remise de 10 % consentie par le médecin pour opérer ses encaissements, et que les autres revenants bons.

§

Tout d'abord le médecin choisi ne répondit pas au goût particulier de tous les intéressés ; les uns auraient voulu la place pour le docteur de Cendrey, et les autres patronnaient le docteur de Roulans.

Bref, on en prit un de Besançon, jeune, ancien interne des hôpitaux, qui avait été désigné avec deux autres au choix des administrateurs de l'office sanitaire par la Société des médecins du Doubs.

Mais, comme nous le disions en commençant, le fonctionnement de cette institution a rencontré bien des difficultés pour en arriver au point de perfection où nous la voyons aujourd'hui.

1° *La médecine des pauvres.*

Dans le principe le médecin commis à la santé était chargé d'assister gratuitement les indigents.

Ce fut la cause d'abus nombreux.

Premièrement, plus d'un ménage fut inscrit comme indigent qui ne l'était point.

En second lieu, les pauvres se croyaient, peut-être à bon droit, moins bien soignés que les malades payants.

D'où des récriminations sans fin et presque toujours plausibles de part et d'autre.

Il faut ôter aux griefs les apparences même d'un fondement quelconque, si l'on peut.

alors que le tabès se soit développé après la maladie de Basedow.

2° Le tabès peut causer la tachycardie et peut-être aussi une légère protusion des yeux, rappelant alors certaines formes frustes de la maladie de Basedow.

Les observations recueillies par M. Joffroy concernent toutes des femmes, mais, outre que son service de la Salpêtrière est exclusivement consacré aux femmes, le sexe féminin est surtout prédisposé à la maladie de Basedow.

M. *Barié* a été amené à étudier la même question, et ses conclusions sont un peu différentes de celles qu'a émises M. Joffroy. On peut, dit-il, voir survenir les signes cliniques du goître exophthalmique dans le cours du tabès dorsal, mais il n'y a pas lieu d'admettre alors la coïncidence fortuite des deux maladies. Le syndrôme de Basedow est l'expression d'altération, ou de troubles fonctionnels du centre bulbo-protubérentiel. Le goître exophthalmique est donc à rapprocher des autres troubles bulbaires déjà connus de l'ataxie locomotrice, névralgie du trijumeau (Pierret), vertige de Ménière, troubles du goût, etc. (Hanot et Joffroy).

On peut admettre que le goître exophthalmique se manifeste soit au cours, soit au début de l'ataxie, et alors il est lié probablement à une hypérémie de la zone bulbo-protubérantielle ; on peut peut-être espérer l'amender par les médicaments qui font contracter les petits vaisseaux, l'ergot de seigle, la faradisation.

Ultérieurement des lésions plus profondes du système nerveux peuvent succéder au processus *congestif initial*.

Le pronostic du goître exophthalmique chez les ataxiques doit donc être réservé. On n'en connaît guère les causes prédisposantes, sinon l'état d'hystéricisme et de neurasthénie du sujet, ou l'hérédité nerveuse.

Curabilité de certaines cirrhoses.

M. *Troisier* a montré à la Société des hôpitaux un malade présenté déjà par lui il y a deux ans comme guéri d'une cirrhose alcoolique. La guérison s'est maintenue, l'état général est parfait, mais le foie est demeuré un peu gros.

M. *Hallopeau* a vu guérir un individu atteint de cirrhose alcoolique, auquel on avait retiré par ponction 15 et 22 litres de liquide ascitique. Le foie est rentré dans les limites normales, bien que le sujet ait continué à boire 2 à 3 litres de vin et 4 à 5 petits verres d'eau-de-vie chaque jour.

Tel n'est pas le cas d'un malade de M. *Joffroy* qui, marchand de vins, buvait depuis longtemps une trentaine de petits verres par jour, sans préjudice du vin, et avait une cirrhose hypertrophique. M. Joffroy l'ayant menacé de mort prochaine s'il ne cessait de boire, cet homme vendit sur-le-champ son fonds, se mit à boire de l'eau et six semaines après était très amélioré. Le foie avait diminué de 10 à 15 centimètres en ce court espace de temps.

M. *Hayem* regrette que dans la discussion sur la curabilité des hépatites interstitielles on n'ait parlé que de la cirrhose alcoolique. Il a vu en 1874, pour sa part, une hypertrophie énorme du foie, sans altération des voies biliaires dans laquelle il y eut une survie de 10 à 12 ans, ce qui équivaut presque à une guérison. Dans deux ou trois cas du même genre observés par lui il n'existait ni alcoolisme, ni syphilis, ni fièvre intermittente.

Dans un cas qu'il suit depuis deux ans il y a eu successivement un épanchement thoracique et une ascite qui ont disparu.

M. *Rendu* estime que le péritoine n'a pas assez préoccupé les observateurs de ces cirrhoses guéries ; l'irritation de cette séreuse joue un rôle fréquent dans la pathogénie de l'ascite au cours des hépatites. Elle est parallèle, mais non connexe à la lésion du foie, puisqu'on observe quelquefois une cirrhose sans ascite et une ascite sans cirrhose apparente.

Il fut donc décidé que les visites faites aux indigents seraient payées désormais par la caisse communale sur la dotation. La caisse était riche.

De cette façon les administrateurs de l'office furent plus attentifs à n'inscrire comme nécessiteux que les ménages absolument dénués de ressources. Et les pauvres devenant par le fait des clients absolument solvables pour le médecin, ils n'avaient plus de motif à se croire moins bien soignés par lui.

2° *La clientèle extérieure.*

Le médecin, plus tard, ayant été accusé, non sans apparence de raison, de rechercher les clients du dehors, de se transporter à de grandes distances, au risque de négliger les clients de la commune, qu'il était bien sûr de conserver, on convint, en 1882, qu'il ne pourrait, à moins de circonstances graves ou exceptionnelles, exercer la médecine hors de sa circonscription qui comprendrait, outre le village chef-lieu, les communes de Braillans, Champoux, Chatillon et Chaudefontaine, lesquelles ne sont situées qu'à deux kilomètres de Marchaux.

De cette façon, on a toujours le médecin sous la main.

L'office, à cause de cela, éleva de mille à douze cents francs son traitement.

§

A l'heure qu'il est, on appréhende une autre difficulté : c'est qu'un apothicaire ne vienne ouvrir boutique dans la localité, ce qui mettrait fort l'office sanitaire dans l'embarras.

En effet, on sait qu'en vertu de leur privilége, personne dans la localité où des pharmaciens sont établis ne peut vendre sans diplôme une once de sel d'Epsom, ou un demi-litre de vin amer, ni même tenir des spécialités pharmaceutiques, comme le papier Rigollot.

Le monopole conféré par la loi leur permet donc de réaliser des gains exorbitants, pour peu qu'ils aient des pratiques.

Les soins médicaux ne sont si écrasants pour le pauvre monde que parce que chaque visite du médecin risque de nécessiter une visite à l'apothicaire. C'est pourquoi le paysan aime souvent mieux consulter directement celui-ci avec lequel il peut au moins débattre le prix de ses remèdes.

En effet, s'il apporte un petit papier du médecin, le pharmacien n'y peut rien changer, et le coût sera

REVUE D'OBSTÉTRIQUE

Du diagnostic des présentations et des positions par le palper pendant la grossesse et le travail.

I

« *Les présentations de l'épaule peuvent et doivent disparaître ; ainsi que presque toutes les présentations du siège.* Cette conquête s'est affirmée assez de fois pour qu'on puisse la considérer comme définitive. »

C'est en ces termes que M. Pinard termine la préface de la seconde édition de son *Traité du palper* (1). Ce que M. Pinard aurait dû ajouter c'est que c'est à lui que revient en grande partie l'honneur de cette *conquête* ; c'est lui surtout qui a vulgarisé, perfectionné, enseigné cette méthode du palper. On ne saurait aujourd'hui être bon accoucheur sans la bien connaître : elle donne en effet souvent des renseignements aussi importants que les deux autres méthodes d'exploration obstétricale, l'auscultation et le toucher.

Si tous nos confrères sont familiarisés avec ces deux dernières, quelques-uns connaissent moins bien la technique du palper. Pour répondre au désir de plusieurs de nos lecteurs qui nous avaient prié d'aborder cette question, nous avons attendu la réédition de ce livre qui nous servira de guide : nous le suivrons pas à pas dans l'étude du diagnostic des présentations et positions par le palper.

II. *Manuel opératoire.*

Soins préliminaires. Pour bien pratiquer le palper, on fait coucher la femme débarrassée de ses principaux vêtements et revêtue seulement d'une chemise. Le décubitus doit être aussi horizontal que possible : on enlève les oreillers et on laisse la tête reposer sur le traversin ou sur un seul oreiller, quand la situation horizontale est trop pénible pour la femme.

Nombre d'accoucheurs conseillent de faire fléchir plus ou moins les jambes sur les cuisses et par cela même les cuisses sur l'abdomen. C'est là une précaution plutôt nuisible qu'utile et qui va souvent contre le but qu'on se propose. Elle facilite, en effet, la contraction des muscles abdominaux et rend presque impossible l'exploration de l'excavation. Il est préférable de faire étendre les membres inférieurs en les tenant légèrement écartés, afin de rendre les branches horizontales du pubis facilement explorables.

Bien qu'il soit souvent possible de palper une paroi abdominale recouverte de la chemise et de reconnaître, malgré cette interposition d'un linge, la présentation et la position du fœtus il vaut mieux pratiquer cette exploration, la paroi abdominale étant nue depuis le pubis jusqu'au niveau de la région épigastrique.

L'accoucheur fait rapprocher la femme du bord du lit du côté où il se trouve : il peut se placer d'ailleurs indifféremment à droite ou à gauche de la femme, pourvu qu'il soit à peu près à la hauteur de l'ombilic. Il veille à ce que la température de ses mains soit assez chaude : rien n'est plus désagréable pour la femme que l'application des mains froides sur la paroi abdominale qui souvent alors se contracte et gêne l'exploration. En outre le sens du tact est beaucoup moins développé quand la température des mains n'est pas assez élevée.

Une autre précaution à prendre de la part de l'accoucheur, c'est d'avoir les ongles coupés très court : ce qui permet de palper facilement et pendant un certain temps sans faire souffrir la femme, tandis que si les ongles sont longs, leur extrémité

(1) « Traité du palper abdominal au point de vue obstétrical et de la version par manœuvres externes », par A. Pinard. — J. Steinheil, éditeur, Paris 1889.

---

de 3 ou 4 francs par exemple; tandis que, si la prescription lui est faite directement par le pharmacien, on peut débattre : *N'avez-vous pas un dépuratif à meilleur marché ?* etc.

Enfin, on a bien peur qu'un pharmacien ne vienne s'établir à Marchaux.

§

Ainsi le médecin de Marchaux, comme on l'appelle, ne voit pas sa situation marchandée chaque année, et son traitement discuté publiquement par le Conseil municipal comme dépense incertaine, peut-être superflue et sujette à ne figurer plus au budget. Il peut être tranquille et dormir sur ses deux oreilles.

Il n'a pas à craindre que son confrère de Roulans, par exemple, se faufile traîtreusement dans sa circonscription pour dérober ses brebis et peu à peu le supplanter.

Il peut, comme il a le feu sacré, s'abandonner tout entier à l'art qu'il exerce et agir en conscience, et sans considération inavouable.

Il n'a plus même à se préoccuper des encaissements, ni à faire quémander ses honoraires dont le taux est à peu près réglé d'avance.

Je sais bien, pour l'avoir entendu dire, qu'il y a encore des gens qui ne l'aiment pas. Mais que voulez-vous ? Ce sont là des choses qu'on ne saurait empêcher. Il y aura toujours des médecins qui seront antipathiques à certains malades, et réciproquement.

A cela rien à faire, si ce n'est qu'à laisser ces répugnances se produire en toute liberté.

§

Disons que notre médecin de Marchaux est de plus en plus estimé et béni dans son canton.

Vous pouvez être sûr que si l'emploi venait à vaquer, ce qu'à Dieu ne plaise, plus d'un confrère se mettrait sur les rangs pour l'obtenir. — Je parle des honnêtes confrères comme vous et moi, et pas des saltimbanques de la profession auxquels il faut des paillettes et des feux d'artifice.

Dr Perron.

Je dirai, dans une prochaine causerie, pourquoi il n'est pas désirable que des offices pareilles se généralisent, même dans nos départements.

Dr P.

s'enfonce dans la peau de la paroi abdominale et cause de la douleur. Lorsqu'une femme se plaint que le palper a été douloureux, il est rare qu'on ne trouve pas sur la peau de la paroi abdominale de petites dépressions linéaires, arrondies, qui ont été produites par l'extrémité des ongles trop longs.

Il est utile de faire vider à peu près complètement la vessie et le rectum, avant de procéder à l'examen.

Toutes ces précautions sont utiles, quelle que soit l'époque de la grossesse à laquelle on examine la femme, quels que soient les renseignements que l'on veuille retirer du palper. On peut, en effet, se servir du palper au point de vue du *diagnostic de la grossesse, des présentations et des positions*, des *grossesses multiples*, de certaines complications telles que *l'hydropisie de l'amnios*, *l'hydrocéphalie*, et enfin pendant la période de délivrance. Nous nous bornerons aujourd'hui à l'étude du diagnostic des présentations et positions par le palper.

La femme étant dans la situation que nous avons indiquée, on tâche d'abord d'apprécier l'épaisseur, le degré de tension et de sensibilité de la paroi abdominale, en saisissant entre le pouce et l'index un pli de cette paroi.

On *explore ensuite l'excavation* : on cherche le pubis et ses branches horizontales, c'est-à-dire l'ouverture supérieure de l'excavation ou la partie antérieure du détroit supérieur. Pour cela, on place les mains à cinq ou six centimètres à droite et à gauche de la ligne médiane, l'extrémité des doigts en rapport avec l'arc antérieur du bassin ; on déprime doucement (mais d'une façon continue et soutenue) la paroi abdominale de haut en bas et d'avant en arrière, en rasant les branches horizontales du pubis.

Trois cas peuvent alors se présenter : 1° les doigts éprouvent au niveau de leur extrémité une sensation de résistance résultant de la rencontre d'un corps dur, arrondi, volumineux, qui les empêche de pénétrer plus profondément et qui remplit l'excavation : *l'excavation est pleine* ; — 2° les doigts peuvent s'enfoncer au niveau des parois de l'excavation, mais ils sentent, par leur face palmaire, un corps plus ou moins irrégulier et résistant : *l'excavation est incomplètement remplie* ; — 3° les doigts ne rencontrent qu'une résistance fournie par les parties molles et peuvent s'enfoncer plus ou moins bas et se rapprocher sur la ligne médiane sans rencontrer de résistance : *l'excavation est vide*.

Voyons comme il faut interpréter ces trois catégories distinctes de sensations :

1° *Excavation pleine.* — Pendant la grossesse, l'extrémité céphalique défléchie (la face) ou le tronc ne s'engagent jamais ; le sommet seul s'engage le plus souvent, exceptionnellement le siège.

Si le corps que l'on rencontre entre les deux mains est arrondi, régulier, résistant, s'il est descendu en totalité ou en partie dans l'excavation, ce ne peut être que l'extrémité céphalique fléchie, le sommet. La présentation est alors fixe et définitive.

Quand, par exception, le siège est engagé, les doigts ne sont pas arrêtés brusquement en pressant de haut en bas; mais en se rapprochant sur la ligne médiane, ils sentent par leur face palmaire, et non par leurs extrémités, un corps plus ou moins volumineux et résistant.

Quand le sommet est engagé, la tumeur céphalique est toujours plus saillante, plus accessible d'un côté que de l'autre : cette portion de la sphère céphalique plus saillante est constituée par la région frontale ; elle est d'autant plus accessible, elle se trouve à un niveau d'autant plus élevé par rapport à l'occiput que la tête est plus fléchie, — cette simple constatation de la saillie du front à droite ou à gauche suffit déjà pour établir le diagnostic de la présentation et de la position : présentation du sommet; si la tumeur céphalique est plus accessible à droite, il s'agit d'une position gauche ; si c'est à gauche qu'on l'atteint le mieux, on a affaire à une position droite.

2° *L'excavation est incomplètement remplie* : La sensation que l'on éprouve est différente de celle que l'on obtient lorsque la tête est engagée. L'aire du détroit supérieur est incomplètement oblitérée : la région qui plonge dans l'excavation est moins dure, moins régulière que la tête. Elle est également accessible des deux côtés. On acquiert la certitude que cette partie fœtale est le siège, lorsqu'en portant la main au fond de l'utérus on y trouve la tête. On peut affirmer alors qu'il y a présentation du siège.

3° *L'excavation est vide* : on trouve alors presque toujours l'extrémité de l'ovoïde fœtal, soit *au-dessus de l'aire du détroit supérieur*, *soit dans l'une des fosses iliaques* (exceptionnellement dans l'un des flancs). — Quand une des extrémités fœtales occupe l'une des fosses iliaques, l'autre est facile à trouver, étant toujours située dans le flanc du côté opposé. Les deux extrémités étant trouvées, on recherche si la tête est en haut ou en bas ; outre ses caractères propres (tumeur dure, régulière, arrondie), deux signes excellents permettent de la reconnaître : la sensation du *sillon du cou* et le *ballottement* qu'on perçoit lorsqu'on imprime à la paroi abdominale en rapport avec l'extrémité céphalique une dépression un peu brusque. — Il est donc facile de distinguer la tête du siège. La recherche du dos permet ensuite de faire le diagnostic de la position et de la variété.

III. *Du palper dans les présentations du sommet.*

Nous supposons maintenant que l'excavation est *pleine* ; l'exploration du bassin nous a montré que le sommet est en bas et engagé ; le reste de l'examen doit confirmer ces constatations : après avoir reconnu l'extrémité inférieure de l'ovoïde fœtal, on cherche l'extrémité supérieure qu'on rencontre presque toujours au fond de l'utérus, soit directement sur la ligne médiane, soit inclinée à droite ou à gauche. En explorant cette extrémité, on sent un corps volumineux, irrégulier, d'une consistance moindre que celle fournie par la tête, et souvent accompagnée de petites parties qui en sont plus ou moins rapprochées. On recherche ensuite la situation et la direction du dos : à l'aide de pressions douces pratiquées surtout avec la pulpe des doigts on déprime la paroi abdominale pour savoir de quel côté se trouve le plan résistant, continu qui unit

le pôle fœtal supérieur au pôle fœtal inférieur. La sensation perçue diffère suivant que le dos est plus ou moins rapproché de la paroi abdominale antérieure : lorsqu'il est en avant, on peut le circonscrire, il paraît superficiel ; s'il est en arrière, on ne perçoit qu'un des plans latéraux.

Occipito-iliaque gauche antérieure. — En analysant plus minutieusement encore les sensations obtenues par le palper, on peut reconnaître non seulement quelle est la présentation (siège, sommet, face, épaule), mais encore quelles sont les positions (droite et gauche) et les variétés de position (antérieure, postérieure, transversale). Nous commencerons par la présentation la plus fréquente, la présentation eutocique, celle du *sommet*. L'excavation est remplie par la sphère céphalique ; en dirigeant la main qui explore à droite un peu en arrière vers la symphyse sacro-iliaque, les doigts ne peuvent descendre aussi profondément qu'à gauche. — L'extrémité pelvienne occupe le fond de l'utérus, mais se trouve le plus souvent à droite, sur la ligne médiane chez certaines primipares.

Le plan résistant, le dos est situé à gauche et en avant, tandis qu'à droite on ne trouve plus que la fluctuation du liquide amniotique et les petites parties.

Occipito-iliaque droite postérieure. — Les mains trouvent l'excavation remplie par la sphère céphalique, mais les doigts ne peuvent pénétrer aussi profondément à gauche qu'à droite, et sont arrêtés à gauche et en avant, au niveau de l'éminence ilio-pectinée.

Le siège est au fond de l'utérus, le plus souvent à gauche, quelquefois sur la ligne médiane : il donne assez souvent la sensation du ballottement, mais sans qu'il y ait une grande quantité de liquide amniotique. — Le plan résistant est à droite, mais moins accessible que dans les variétés antérieures ; on ne peut guère explorer que le plan latéral gauche du fœtus. — A gauche, on trouve la fluctuation du liquide amniotique et les petites parties bien plus facilement accessibles que dans les variétés antérieures.

Occipito-iliaque droite antérieure. — C'est une attitude exceptionnelle pendant la grossesse. L'excavation est remplie par la sphère céphalique, mais les mains pénètrent plus profondément à droite qu'à gauche. — Le siège est au fond de l'utérus et le plus souvent à gauche.

Le plan résistant occupe tout le côté droit de la paroi abdominale. Le côté gauche du fœtus est en rapport avec la ligne blanche. On peut facilement circonscrire le dos entre les deux mains.

Occipito-iliaque gauche postérieure. — La sphère céphalique remplit l'excavation ; les mains pénètrent plus profondément à gauche qu'à droite et sont arrêtées à droite et en avant, au niveau de l'éminence ilio-pectinée.

Le siège est au fond de l'utérus, le plus souvent à droite, et peut donner la sensation du ballottement.

Le plan résistant est à gauche ; mais on ne peut guère explorer que le plan latéral gauche du fœtus.

Les petites parties sont très facilement accessibles à droite.

Occipito-iliaque transversale. — Cette variété de position, avec une tête plus ou moins engagée, est exceptionnelle pendant la grossesse ; elle ne s'observe, d'après M. Pinard, que chez deux catégories de femmes : 1° chez les femmes offrant une obliquité antérieure de l'utérus très prononcée ; le siège se trouve au niveau ou au-dessus d'une des fosses iliaques, toujours du côté où la sphère céphalique est plus accessible ; les pieds se trouvent à peu de distance au-dessus du front ; le plan résistant est placé tranversalement : le tronc du fœtus représente un arc de cercle ; — 2° chez les femmes dont le bassin, vicié par le rachitisme, est rétréci d'avant en arrière (bassin plat). La tête est soit au niveau de l'aire du détroit supérieur, soit un peu engagée, généralement peu fléchie : il est alors un peu moins facile de reconnaître de quel côté est le front. — Le siège occupe le fond de l'utérus. Le plan résistant ne regarde ni en avant ni en arrière, mais directement à droite ou à gauche, suivant que l'on a affaire à l'une ou à l'autre position.

Enfin, quand la tête n'est nullement engagée, que le bassin soit normal ou vicié, la variété transversale est la règle.

IV. *Du palper dans la présentation et les positions de la face.*

Ce mode d'exploration ne donne ici que des renseignements peu importants, du moins au point de vue du diagnostic de la présentation en elle-même. D'après M. Pinard, en effet, la présentation de la face ne serait jamais primitive, c'est-à-dire que la déflexion de la tête ne se produirait qu'au moment du travail : le palper ne peut donc rien indiquer de particulier pendant la grossesse. Pendant le travail, alors que la présentation de la face est constituée, le toucher vaginal permet presque toujours d'arriver directement sur les parties fœtales ; cependant, ce mode d'exploration peut ne donner que des renseignements incomplets, surtout quand la région fœtale est encore difficilement accessible et ne peut être explorée sur une large surface.

Le palper peut alors servir à confirmer ou même à éclairer le diagnostic. En explorant l'excavation, on reconnaît la présence d'une grosse tumeur au-dessus, au niveau ou au-dessous du détroit supérieur, suivant la période du travail à laquelle on pratique l'examen. Cette tumeur, très arrondie, très volumineuse, très accessible d'un côté, semble manquer de l'autre côté et n'occuper qu'une moitié du petit bassin. On trouve le siège au fond de l'utérus, généralement du côté où la tumeur pelvienne est plus saillante. — Le dos est difficile à atteindre et semble s'enfoncer dans la cavité abdominale, tandis que les petites parties superficielles s'offrent facilement à la main. On explore assez bien l'un des plans latéraux et l'on reconnaît que la portion de la sphère céphalique plus accessible est en rapport avec le dos : entre ce dernier et la tête, existe, au début du travail, un sillon assez profond dans lequel les doigts pénètrent quelquefois aisément. Parfois on peut sentir, du côté opposé à

la tumeur accessible, une saillie en forme de fer à cheval nettement caractérisée et constituée par le maxillaire inférieur et le menton (Budin).

La diagnostic de la présentation et des variétés de position de la face, peut se faire, comme pour le sommet, d'après la situation antérieure, latérale ou postérieure de la région occipitale et du dos; mais cette recherche n'a d'importance qu'autant que l'élévation de la présentation rend le toucher vaginal difficile ou impossible.

(*A suivre.*) Dr Lepage.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Syndicats, Association générale, Sociétés médicales.

Il existe, dans le département de la *Sarthe*, tous les types d'Association entre médecins. Cette riche contrée était, nous a-t-on dit, privilégiée, les médecins y vivaient honorablement et les profondes infortunes y étaient rares.

Avant la fondation de l'Association générale, les médecins avaient établi au *Mans*, une *Association médicale*. Aux entretiens scientifiques, celle-ci joignait, dans une large mesure, l'étude des intérêts professionnels et elle distribuait parfois des secours à ses membres. Elle possédait une petite fortune en 1858. Le bureau de *l'Association générale* lui demanda à cette époque de se transformer en *Société locale*. Le trésorier de l'œuvre fit le voyage du Mans. Mais ses démarches ne furent pas couronnées de succès; il ne sut pas convaincre et, bref, l'Association médicale a continué à vivre comme par le passé. Elle possède une dizaine de mille francs dont elle ne fait pas souvent usage ; elle a même réduit de moitié la cotisation annuelle.

En présence de cette situation, un de nos plus sympathiques confrères, M. le Dr *Charbonnier*, (de Saint-Calais) est intervenu, il y a quelques années, et il a réussi à créer une *Société locale*, qui a bientôt compté une cinquantaine d'adhérents ; autant que l'ancienne *Société médicale*.

Mais, comme pour celle-là et pour la Société locale, les intérêts professionnels n'ont point paru suffisamment sauvegardés, et alors on a vu M. le Dr Charbonnier créer, à St-Calais, un *Syndicat* qui compte parmi les plus actifs, les plus vivants. Nous avons été récemment prié d'aller assister au Mans à une Assemblée préparatoire qui avait pour but d'établir, par cantons, ou par arrondissements, des syndicats dans tout le département.

M. *Charbonnier* a prononcé, à l'ouverture de la séance, une allocution très émue, très entraînante. C'est à la suite de la discussion amenée par sa chaleureuse péroraison, que les assistants se sont groupés par régions, afin d'aviser aux meilleurs moyens de créer de petits groupes syndicaux, qu'on unira ensuite par un lien quelconque. Il a été décidé que ces groupes, formés de quelques médecins seulement, se constitueraient en syndicats et, après discussion, feraient appel à des confrères connus, au lieu de s'adresser à tous les médecins de la région ; car, par ce procédé, on s'exposerait à introduire des éléments de désunion.

Nous avons soumis à la réunion les principes qui nous paraissent résulter de la pratique déjà ancienne des syndicats et nous espérons avoir contribué, dans une petite mesure, au succès qui attend la tentative de nos confrères de la Sarthe.

Ce département nous semble arrivé à la constitution réelle que le corps médical devrait avoir dans toute la France. *Société médicale scientifique* au chef-lieu ; *Sociétés locales de prévoyance et de secours mutuels* dans les arrondissements ; *Sociétés syndicales d'intérêts professionnels* dans tout le département par petits groupes unis par un lien fédératif.

Avec cette organisation, avec l'aide mutuelle que peuvent se prêter les trois Sociétés, on peut affirmer, si l'échange de bons procédés s'établit et fait place à une certaine rivalité, que grâce à notre distingué confrère M. *Charbonnier*, le département de la *Sarthe* sera bientôt celui où sous le rapport des intérêts scientifiques, de la mutualité et des intérêts professionnels, il n'y aura plus que des perfectionnements à apporter à l'œuvre générale. A. C.

La Revision de la Législation médicale et M. Brouardel.

Si M. le doyen Brouardel a été mal inspiré quand il a traité la question des officiers de santé, la chose ne doit pas nous surprendre : ce n'est guère que par ouïdire qu'il peut connaître les conditions de l'exercice médical dans les campagnes et la question des officiers de santé ne peut être envisagée par lui que théoriquement.

Rien donc d'étonnant s'il s'est absolument fourvoyé, il n'était pas sur son terrain.

Il a pris naturellement sa revanche sur la seconde question, celle du service militaire pour les médecins : c'est qu'alors sa compétence était absolue et qu'il parlait en véritable connaissance de cause.

Donnons-lui d'ailleurs la parole :

« Au point de vue médical, y a-t-il lieu de conserver le service militaire pour les médecins? Vous savez qu'une loi est projetée en ce moment sur le recrutement des médecins ; si je vous en parle, c'est que je tiens à vous dire dans quel sens je crois l'intervention utile dans les commissions qui ont été nommées à ce sujet.

Il est incontestable que chacun doit le service militaire à son pays. Je veux montrer que nous devons servir jusqu'à cinquante ans pour soigner des blessés, et qu'il y a intérêt pour l'armée à nous encadrer, dès le début, dans le service de santé de l'armée.

D'après les documents que l'on peut regarder comme officiels, l'armée allemande mobilise en temps de guerre 7.099 médecins, dont 5.635 pour l'armée de campagne et 1,464 pour le service du territoire. On est donc en droit d'admettre qu'en cas de guerre la France, dont les troupes sont aussi nombreuses que celles de l'empire allemand, et qui a en plus à assurer le service médical de ses colonies, aura besoin au minimum de 8.000 médecins. Or, comme l'effectif des médecins militaires du cadre actif qui, d'après la loi d'administration du 16 mars 1882, devrait être de 1,300, est toujours en réalité inférieur à ce chiffre, il s'ensuit qu'en cas de mobilisation le service de santé a besoin, pour compléter les cadres de ses officiers, d'incorporer 6,700 médecins civils au minimum.

Le nombre des docteurs en France est de 12,000, desquels il faut déduire 500 médecins étrangers ou doctoresses. En outre, la loi prévoit un certain nombre de non-disponibles, qui paraissent devoir être évalués de la façon suivante :

Médecins-chefs des établissements nationaux de bienfaisance, d'asiles d'aliénés, de services sanitaires, etc., 200; professeurs et agrégés des Facultés, 250.

Par suite de ces réductions le nombre des docteurs se trouve ramené sensiblement à 11,000.

Sur ce nombre, 1,566 ont moins de trente ans d'âge, 3671 ont de trente à quarante ans, 2815 ont de quarante à cinquante ans; 1,817 ont de cinquante à soixante ans, 929 ont de soixante à soixante-dix ans, et 693 ont plus de soixante-dix ans.

Nous avons donc 5,237 docteurs ayant moins de quarante ans. Si, de ce nombre, on enlève les infirmes, il reste à peu près 4,000 et, ce chiffre étant insuffisant, vous serez certainement requis plus tard que quarante ans, soit jusqu'à quarante-cinq ou cinquante ans, pour fournir au recrutement les 6,000 médecins qui lui sont nécessaires.

Quels sont maintenant les projets de service militaire pour les étudiants en médecine ? Il y a d'abord le projet d'après lequel vous seriez soumis à la loi des trois ans. Je ne me place pas ici au point de vue de la culture intellectuelle. Vous savez qu'en mathématiques toutes les grandes découvertes ont été faites par leurs inventeurs avant l'âge de vingt-cinq ans ; il serait facile de trouver une proportion analogue pour les lettres et pour les sciences.

Mais, d'après les règlements, il faut, pour obtenir le diplôme de docteur, cinq ans d'études. En réalité, il en faut six, et ceux qui sont particulièrement travailleurs mettent huit, neuf et dix ans. En comptant les trois années de service militaire, il faudra donc que les familles se disent que leurs fils seront en état de gagner leur vie au plus tôt à vingt-huit ans, et, s'ils sont très travailleurs, à trente-cinq ans. Vous pouvez être sûrs que le jour où cette loi passera il y aura une diminution sensible dans le nombre des étudiants en médecine.

En admettant, au contraire, qu'on vote le projet qui est actuellement discuté au Sénat, et d'après lequel vous ne feriez qu'un an, il s'agirait d'employer utilement cette année. Il y a déjà progrès de ce côté : on vous prenait autrefois comme infirmiers, on vous reçoit maintenant comme médecins auxiliaires.

Mais je me demande si nous n'aurions pas avantage à faire comme en Allemagne ; on doit un an de service *une fois docteur*, et cette année est ainsi partagée : pendant les six premiers mois, on apprend le métier de soldat, et, pendant les six derniers mois, le service du médecin en campagne. Je les ai vus à l'œuvre, et il m'a semblé qu'ils étaient parfaitement au courant de ce qu'ils avaient à faire.

Il faut que les médecins civils, pendant le temps qu'ils passent sous les drapeaux, reçoivent l'instruction non pas des hommes de troupe, mais des médecins militaires, et ce résultat ne pourra s'obtenir qu'en incorporant les étudiants non pas au milieu de leurs études, mais après leur réception.

Voici, en résumé, mes conclusions : 1° il est inutile pour l'armée de dépenser votre temps à vous apprendre le maniement d'un fusil que vous n'aurez jamais à manier en temps de guerre ; 2° il est très utile de vous apprendre ce que vous aurez à faire, et jusqu'à présent cette éducation est insuffisante.

Vous serez tous médecins militaires au moins jusqu'à quarante ans. Dans ces conditions qu'on vous apprenne votre métier ; je crois que c'est votre intérêt et encore plus celui de la France. »

Il n'y a pas un mot à critiquer dans l'argumentation du doyen de la Faculté de Paris. Tout ce qu'il dit est d'une logique absolue.

Mais est-ce bien une raison pour que notre cause triomphe devant les Chambres ?

Sans doute M. le député Mérillon nous disait dernièrement que seule la carrière médicale avait trouvé grâce devant les tendances égalitaires de la Chambre de Députés et que cette faveur apparente était amplement justifiée par les services spéciaux que seul peut rendre le corps médical en cas de guerre ; sans doute ce n'est pas seulement pour nous être agréable qu'on nous fait une situation particulière. — Ces fameux esprits avides d'égalité, dont nous parlait le spirituel Député, voudront-ils nous concéder encore un privilège et faire fléchir les principes, les grands principes, devant le sens commun ?

Il est plus facile de tuer un homme que de le guérir, d'envoyer une balle que de l'extraire : l'un est à la portée de tous, l'autre demande des connaissances spéciales, et comme ces connaissances ne sont l'apanage ni des cordonniers ni des tailleurs, pas même des curés ou des journalistes, force est bien de s'adresser aux médecins.

Mettez-les donc, du moins, en situation de remplir leur rôle dans les meilleures conditions possibles !

Dr A. Gassot.

Règlement d'Honoraires Médico-légaux.

(*Suite et fin.*)

(Voir le n° 41 du *Concours Médical*, 13 octobre 1888.)

Paris, 3 novembre 1888.

Monsieur le Procureur de la République.

En me renvoyant les pièces ci-jointes, vous m'avez fait savoir, par votre lettre du 3 de ce mois, que M. le docteur Bibard, médecin de la prison de Pontoise refuse d'effectuer le versement de la somme de 9 fr. que j'ai cru devoir lui prescrire. Je vous prie de vouloir bien informer ce médecin que la réduction dont il se plaint, lui est imposée en exécution d'un règlement qui a force de loi, et qu'il est de notre devoir de lui appliquer comme à toutes les autres parties prenantes.

J'espère que M. Bibard ne persistera pas dans l'attitude qu'il a prise; si, contrairement à cet espoir, il s'obstinait dans le refus qu'il a déjà opposé, vous lui imposeriez, pour se conformer à la décision dont il a été l'objet, un dernier délai de cinq jours. Passé ce délai, j'aurais le regret de décerner contre lui un rôle de restitution dont l'exécution serait assurée par toutes les voies de droit, en vertu de l'article 174 du décret du 18 juin 1811.

Vous aurez soin de me tenir informé du résultat de vos diligences à cet égard.

Recevez, Monsieur le Procureur de la République, l'assurance de ma considération très distinguée,

Pour le Procureur Général.

Signé : Illisible.

Pontoise, le 9 décembre 1888.

Monsieur le Procureur de la République,

J'ai raison en justice et en équité. Je viens vous exprimer toute ma gratitude pour l'appui que vous m'avez donné. Par quel étrange phénomène M. le Procureur général ou son fondé de pouvoirs, qui avait d'abord admis le bien fondé de mes prétentions a-t-il conclu par l'envoi de la lettre comminatoire du 3 novembre ? A d'autres plus perspicaces que moi le soin de décider.

Je suis le pot de terre ; comme je ne souhaite pas être brisé, je me retire de la lutte et je viens vous annoncer que j'ai versé aujourd'hui entre les mains de M. le receveur des finances la somme de neuf francs,

qui ont été injustement réclamés, et dont le récépissé vous sera transmis par qui de droit.

Veuillez agréer, M. le Procureur de la République, l'expression de mes sentiments de respectueuse gratitude.

Dr Bibard.

TRAVAUX ORIGINAUX

Du traitement des fibrômes utérins

par la méthode d'Apostoli (Electrolyse intra-utérine).

Voici le résumé d'une lecture faite le 27 novembre devant l'Académie de médecine par le Dr *Délétang,* chargé du service d'électrothérapie des hôpitaux de Nantes.

Il a traité en tout 97 femmes depuis 1884 (époque où il a suivi pendant un certain temps la clinique du Dr *Apostoli*). 32 d'entre elles lui ont été envoyées par des confrères qui ont pu contrôler eux-mêmes les résultats du traitement, les Drs Heurtaux et Jouon, membres correspondants de l'Académie de médecine ; Foisson, Chenantais, Malherbe, Ollive, professeurs à l'école de médecine de Nantes ; Bernaudeaux, Menager, Attimont et Gruget.

Il n'a employé que l'électrolyse intra-utérine à l'exclusion de toute ponction, et seulement dans les cas de fibrômes interstitiels, éliminant ainsi les tumeurs fibro-kystiques et les fibrômes plus ou moins pédiculisés qui lui semblent peu justiciables de ce traitement.

Les effets immédiats de l'électrolyse intra-utérine consistent en :

A. — Une contraction en masse de l'utérus et des tumeurs au début de la séance ; contraction non constante.

B. — Une congestion de tous les organes intercalés dans le circuit ; cette congestion est à peu près constante, et persiste ordinairement plusieurs heures avec accompagnement de coliques.

C. — Parfois, la disparition brusque de l'hémorrhagie préexistante. — Les effets consécutifs se succèdent généralement dans l'ordre suivant :

1° Les hémorrhagies, après avoir présenté parfois une augmentation passagère, disparaissent.

2° Les douleurs, les troubles fonctionnels s'amendent ensuite ; les phénomènes ne sont point en rapport avec le volume de la tumeur; ils se rapportent bien plutôt à la zone inflammatoire qui entoure si souvent ces productions.

3° Enfin, la masse diminue ; mais, dans cette diminution, il importe de distinguer deux phases :

a) La zone inflammatoire périphérique se résorbe ; le fibrôme, mieux dégagé, paraît plus petit et plus dur, mais sa rétraction n'est d'abord qu'apparente. C'est à cette résorption qu'il faut attribuer la segmentation des grosses masses, et la mobilisation des fibrômes adhérents qu'on observe si fréquemment. A cette période, les phénomènes morbides disparaissent, et l'état général se relève.

L'aggravation momentanée de tous les symptômes, assez fréquente au début du traitement, dépend de la congestion de la zone inflammatoire.

b) Le fibrôme, enfin, se rétracte lui-même. Cet effet n'est pas constant. Le courant électrique, on le voit, a bien plus d'influence sur la métrite et sur ses symptômes que sur le fibrôme lui-même ; mais cette constatation ne diminue en rien la valeur de l'électrolyse. Malgré la persistance d'une tumeur devenue très dure et bien tolérée, les femmes se déclarent très souvent guéries, et rien n'empêche, en somme, de les considérer comme telles.

Parfois, il se produit une atrésie du canal cervical, atrésie qui, du reste, cède facilement à une dilatation graduée.

Le Dr Délétang s'est servi d'intensités modérées 100 milliampères en général, quelquefois un peu plus dans les cas rebelles. La durée moyenne des séances a été de cinq minutes; leur intervalle, de cinq à six jours ; ce qui a prolongé un peu les traitements. Toutes les précautions indiquées par le Dr *Apostoli,* antiseptiques et autres, ont toujours été scrupuleusement suivies.

Dans ces limites, l'électrolyse intra-utérine peut être considérée comme absolument sans danger.

Sur plus de 1100 séances pratiquées sur 97 patientes, on a observé un seul accident : une phlegmasie sans suites.

Le Dr *Délétang* a simplement exposé le résultat de sa pratique. Il serait très disposé à croire que l'application de plus hautes intensités, telles que les emploie le Dr *Apostoli,* aurait pu amener des effets encore meilleurs, et surtout plus rapides.

HYGIÈNE PUBLIQUE

Prophylaxie des maladies épidémiques.

M. le docteur *Lardier* (de Rambervillers), membre du conseil général de l'Assistance publique, vient de publier une très intéressante brochure sur *la prophylaxie des maladies épidémiques et transmissibles.*

« Mon but, dit le docteur Lardier, est de demander au Conseil central d'hygiène si l'on ne pourrait pas adopter quelques mesures destinées à restreindre, dans la limite du possible, la diffusion des maladies épidémiques. »

Ce but sera atteint le jour où l'on saura exactement quelles sont les villes ou les bourgades dans lesquelles, à un moment donné, règne une affection épidémique quelconque. A cet effet, le docteur Lardier préconise la création obligatoire de l'assistance publique dans les campagnes et se demande si l'on aura des médecins-inspecteurs de l'assistance publique, qui seront chargés dans tous les départements de diriger les services de l'hygiène et de l'assistance médicale.

Dans tous les cas, tous les médecins devraient, lorsqu'une affection contagieuse aura fait son apparition dans une localité de leur circonscription, en prévenir aussitôt, à défaut de médecin-inspecteur départemental, l'autorité préfectorale. (On pourrait obtenir en faveur de ce service de sécurité publique la franchise postale comme pour les enfants du premier âge.) Toutes ces indications centralisées seraient transmises à la direction générale de l'assistance publique.

De cette façon, il serait possible de rédiger hebdomadairement un *Bulletin des maladies épidémiques* qui serait le Journal officiel de l'état sanitaire de la France. Ce bulletin, que l'on adresserait à tous les médecins. et à tous les maires, donnerait les renseignements les plus précieux sur la santé publique.

Quant aux dépenses qu'entraînerait cette publication, elles seraient minimes, car deux ou trois pages suffiraient pour comprendre les renseignements de nos 86 départements.

« Comparativement aux services que l'on rendrait à toute la population, si l'on songe aux centaines d'enfants ou d'adultes, que l'on préserverait de la contamination, on avouera que cette considération doit rester tout à fait secondaire. Si l'on pense aux frais que doivent occasionner les dépêches météorologiques que Paris adresse quotidiennement et télégraphiquement à toute la France, pour nous annoncer — et bien souvent à faux — le temps probable ; (nous pourrions aussi ajouter de notre côté les dépêches de Bourse expédiées tout à fait inutilement presque dans les moin-

dres villages où l'on ignore même leur existence); si l'on pense à ce qui se noircit administrativement de papier dans un jour et pour des questions bien moins graves que celles qui intéressent la santé publique, l'objection des dépenses doit perdre toute sa valeur. »

Les deniers publics qui nous serviront à sauvegarder la santé de nos concitoyens ne sauraient avoir de meilleur emploi.

Joseph DAVÉO.

BULLETIN DES SYNDICATS

ET DE

L'UNION DES SYNDICATS

DIRECTEUR : Dr BARAT-DULAURIER

Syndicat médical de l'arrondissement de Versailles

Nous résumons ainsi qu'il suit les procès-verbaux des réunions du syndicat de Versailles. Ces procès-verbaux ayant été remis en même temps n'ont pu être reproduits à une époque plus rapprochée des séances.

Première séance

La séance est ouverte à 4 heures de l'après-midi, à Paris, salle Lemardelay, 96, rue Richelieu.

MM. les docteurs de Fourmestraux (de Trappes) et Jeanne (de Meulan), *président* et *secrétaire provisoires*, prennent place au Bureau.

M. le Président provisoire, après avoir donné connaissance du chiffre des adhésions recueillies, consulte l'Assemblée sur la question suivante :

Y a-t-il lieu de constituer dès aujourd'hui le Syndicat, ou convient-il d'attendre que le nombre des adhérents se soit rapproché de l'unanimité ?

L'Assemblée décide par 23 voix contre 2 que le chiffre des adhésions dépassant celui de la plupart des autres Syndicats, et la réunion actuelle comprenant des représentants de tous les cantons de l'arrondissement, il est bon de constituer dès aujourd'hui le *Syndicat médical de l'arrondissement de Versailles* et de lui donner pour siège Paris.

En conséquence, le Projet de Statuts est soumis au vote article par article, et adopté après quelques modifications à indiquer dans les exemplaires qui seront envoyés aux médecins non présents à la réunion.

Il est procédé ensuite par bulletin uninominal et au scrutin secret à l'élection du Bureau pour l'année 1887-1888.

Au premier tour de scrutin, M. le docteur *de Fourmestraux* (de Trappes), est nommé Président ;

M. le docteur *Darin* (de Chaville), est nommé Vice-Président ;

M. le docteur Jeanne (de Meulan), est nommé Secrétaire-Trésorier.

Sur la demande de plusieurs membres de l'Assemblée, le Bureau est invité à s'entendre avec les divers groupes syndiqués de l'arrondissement (Versailles-Ville, Saint-Germain, Argenteuil, Meulan), afin d'en arriver par fusion ou fédération à une action commune vis-à-vis des pouvoirs publics et dans l'*Union des Syndicats du département de Seine-et-Oise.*

La réunion décide en outre qu'à l'avenir chaque séance sera suivie d'un banquet, ainsi que cela se pratique dans les autres associations médicales du même genre.

Enfin M. le Président remercie en quelques mots l'assemblée de la confiance dont elle a bien voulu l'honorer ainsi que les autres membres du bureau, et prie ses confrères de travailler encore davantage au succès de l'association en prêchant et pratiquant toujours et partout la solidarité médicale qui est la véritable sauvegarde de notre dignité professionnelle.

La séance est levée à 6 heures.

Deuxième séance.

La séance est ouverte à 4 heures de l'après-midi, salle Lemardelay : Un certain nombre de confrères étant absents et la réunion étant obligatoire, l'Assemblée consultée décide qu'il y a lieu de commencer l'application des amendes aux membres absents avec ou sans excuse.

L'ordre du jour appelle la discussion sur la conduite à tenir à l'égard des médecins militaires en activité de service qui se livrent à la pratique de la médecine dans le civil. Après quelques observations de MM. Lécuyer, de Fourmestraux, Groussin, Ribard, Peyromore-Debord, l'assemblée décide que le Président du Syndicat sera chargé, sur la demande des confrères intéressés, du soin de prier les médecins militaires sus désignés, de se faire payer par leur clientèle civile.

Vient ensuite à l'étude la question des rapports entre les médecins des hospices et hôpitaux d'une part, et d'autre part les commissions administratives de ces établissements. A l'unanimité les membres du Syndicat émettent le vœu qu'un médecin de la localité fasse partie de chaque commission. Ils chargent de plus le délégué à la *commission de réforme de l'assistance publique* d'agir dans ce sens près de l'autorité préfectorale, et s'engagent à travailler chacun dans leur région à provoquer cette mesure.

Des divergences de vues s'étant produites à sa connaissance au sujet des rapports qui doivent exister entre les médecins syndiqués et ceux qui ne le sont pas, M. le docteur Jeanne demande la parole pour prier l'Assemblée de fixer à cet égard la ligne de conduite à suivre pour les confrères syndiqués. A l'unanimité il est admis que sous aucun prétexte les membres du Syndicat ne doivent manquer vis-à-vis des autres confrères aux règles de bonne confraternité et de déontologie qui sont formulées dans les statuts ou consacrées par les votes des réunions syndicales.

M. le docteur Midrin pose ensuite la question suivante : Y a-t-il lieu de dresser un tarif spécial d'honoraires pour l'arrondissement, à l'exemple de beaucoup d'autres syndicats ?

M. le Président répond que le bureau a mis à l'étude un projet de ce genre et qu'il pourra être soumis à l'Assemblée dans la prochaine réunion générale. Il propose qu'en attendant on se guide sur les tarifs des autres Syndicats du département.

L'Assemblée se range à l'avis de M. le Président et juge qu'il suffit pour le moment de proscrire la concurrence par les prix sous quelque prétexte que ce soit. Elle estime que la Chambre syndicale devra être chargée, en sus des attributions qui lui sont conférées par les statuts, de provoquer dans chaque région de l'arrondissement, l'unification des prix entre tous les médecins même non syndiqués, et de combattre ainsi la concurrence dans ce qu'elle a de moins digne.

Au sujet de cette discussion touchant les honoraires, M. le docteur Jeanne demande l'avis de la réunion sur le point suivant : Lorsque une famille appelle en consultation un médecin de Paris avec un confrère de la région, celui-ci doit-il toujours réclamer des honoraires spéciaux pour cette consultation, et sur quelles bases doivent-ils être calculés ? L'Assemble décide à l'unanimité que des honoraires doivent toujours être réclamés et calculés d'après les tarifs déjà existants dans les autres Syndicats du département.

L'ordre du jour appelle ensuite l'élection des membres de la Chambre syndicale.

Le dépouillement du scrutin donne à cette Chambre la composition suivante :

Canton Ouest de Versailles. Docteur de Fourmestraux, Trappes.

Canton Sud de Versailles, Docteur Giberton-Dubreuil, Jouy-en-Josas.

Canton d'Argenteuil, Docteur Lécuyer, Montesson.

Canton de Marly-le-Roi, Docteur Boyer, La Celle-Saint-Cloud.

Canton de Meulan. Docteur Callais, Les Mureaux.

Canton de Palaiseau. Docteur Peyromore-Debord, Orsay.

Canton de Poissy. Docteur Dupont, Triel.

Canton de Saint-Germain. Docteur Gaillard, Chatou.

Canton de Sèvres. Docteur Groussin, Meudon.

(A suivre.)

NOUVELLES

Elections à l'Académie de Médecine.

Sur 66 votants, M. Moutard-Martin est élu vice-président par 54 voix.

M. A. Proust ayant donné sa démission des fonctions de secrétaire annuel, M. Féréol est élu à sa place par 58 suffrages.

MM. Moutard-Martin et Féréol remercient en quelques mots leurs collègues de la marque d'estime et de confiance qu'ils viennent de recevoir, et promettent à l'Académie leur zèle et tout leur dévouement.

En remplacement de MM. Panas et Charcot, membres sortants du conseil d'administration, sont élus MM. Laboulbène et Planchon.

Le bureau, pour l'année 1889, se trouve ainsi constitué : MM. Maurice Perrin, président ; Moutard-Martin, vice-président ; J. Bergeron, secrétaire perpétuel ; Féréol, secrétaire annuel.

La compagnie procède enfin au renouvellement partiel des commissions permanentes. Pour la commission des épidémies, sont élus : MM. Worms et Damaschino ; pour la commission des eaux minérales, MM. Jules Lefort et C. Paul ; pour la commission des remèdes secrets et nouveaux, MM. d'Arsonval et Moissan ; pour la commission de vaccine, MM. Fournier, Guéniot et Léon Colin ; pour la commission de l'hygiène de l'enfance, sont réélus : MM. Roger et de Villiers.

— Caisse d'assurance contre les affections contagieuses entre ouvriers.— L'hiver dernier, lorsque la petite vérole exerçait de si grands ravages à Sheffield les ouvriers de MM. James Dixon et fils sentirent qu'il était nécessaire de tenter quelque chose pour assister ceux d'entre eux qui étaient frappés par la maladie et pour prévenir, autant que possible, l'infection en permettant à ceux qui avaient chez eux des personnes malades, de s'abstenir de travailler.

Une caisse fut créée par un prélèvement de six pence (60 cent.) par livre (25 fr.) sur leur paye et le malade recevait un secours très suffisant pendant la cessation de son travail. — L'assemblée annuelle vient d'avoir lieu.

Il y a eu 21 cas de variole confirmée et 53 cas non confirmés.

Une somme de liv. st. 169 (4225) a été distribuée. La maison a contribué pour 1/3 à la réalisation de cette somme et a exprimé son désir de continuer sa contribution dans les mêmes proportions si la caisse devenait permanente et applicable à toutes les épidémies qui pourraient se déclarer dans l'avenir. Cette invitation fut écoutée, l'exemple de cette fabrique fut suivi par les autres ouvriers de la ville et les chiffres suivants donneront une idée de l'extension de ce mouvement et de son utilité :

Nombre de caisses d'assurances fondées dans les diverses manufactures 132.
Nombre des membres 33,477.
Nombre des cas confirmés 667.
Nombre des cas non confirmés 1,369. —
Total 2,036.

La somme payée comme compensation à la perte des gages a été de 6,371 liv. st. (169,275 fr.).

— Loi Roussel — Il existe encore seize conseils généraux qui refusent toute allocation pour l'application de la loi Roussel, ou n'accordent que des crédits insuffisants.

Au nombre des départements qui ont longtemps contesté l'utilité de cette loi, citons l'Orne et l'Ille-et-Vilaine. Pour donner une idée des services que la loi Roussel a rendus dans ces deux départements, nous détacherons de l'article de M. J. de Crisenoy, sur les travaux des Conseils généraux, les passages suivants: « Dans l'Orne, où l'industrie nourricière est très développée, la mortalité frappait le tiers des enfants placés en nourrice, et les faits les plus révoltants ont été énoncés par les maires d'Ille-et-Vilaine ; l'inspecteur a fait interdire une nourrice chez laquelle étaient morts, en dix-huit mois, sept nourrissons âgés de 11 à 50 jours, et qui continuerait encore son honnête commerce si le Conseil général n'y avait mis bon ordre. Certaines nourrices et gardeuses tuent sciemment et volontairement les enfants par ce seul motif que l'enfant qui meurt promptement leur gagne dix fois autant que l'enfant vivant. »

— Livre Noir.— D'après le *Bristol Medico-chirurg. Review*, les médecins de la ville de Bristol auraient décidé de se communiquer régulièrement les noms des clients qui ont l'habitude de ne pas payer leur note et de ne soigner ces clients que pour argent comptant. Cette mesure a, dit-on, produit un effet merveilleux, un grand nombre de clients s'étant empressés de payer leurs dettes aux médecins.

— *Cours de mesdames de Bure et Suillet*, 11 bis, passage de la Visitation, (rue Paul-Louis Courier), faubourg Saint-Germain.

Cours élémentaires, moyens, supérieurs ; ces cours ont lieu deux fois par semaine, pour chaque degré, du 3 novembre au 1er juillet ; 25 francs par mois. Cours préparatoire, enseignement par les yeux pour les enfants depuis 5 ans, 15 francs par mois. Langues étrangères, Dessin.

Le Directeur du *Concours* recommande avec instance à nos lecteurs le cours de Mlle Suillet. Il leur sera personnellement reconnaissant s'il leur est possible d'envoyer des élèves à la fille du Dr Suillet dont nous avons annoncé, il y a deux ans, la mort prématurée.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU CONCOURS MÉDICAL.

M. le Dr Amblard, à Robiac (Gard), présenté par M. le Dr Cassan, de Nîmes.

M. le Dr Viallaron, à Firminy, présenté par M. le Dr Aulas, de Firminy.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret de faire part à nos lecteurs du décès de MM. les Docteurs Le Tellier, de Faverney, Le Bar, de Landrecies, Gaillardon, de Chef-Bontonne, Mourié, d'Ax, membres du *Concours Médical*.

BIBLIOGRAPHIE

Travaux d'obstétrique, par le Dr Auvard, accoucheur des hôpitaux de Paris, etc.. 3 vol. in-8° avec 308 figures intercalées dans le texte. 2 francs.

Paris, Lecrosnier et Babé, éditeurs, 23, place de l'Ecole de Médecine.

Cette année, la librairie Hachette offre un magnifique ensemble de livres d'étrennes. Nous signalerons particulièrement à nos lecteurs une magnifique publication intitulée : *Les grands voyageurs de notre siècle*, par M. *Meissas*. C'est une réunion de notices sur ces pionniers de l'inconnu pour lesquels souvent la mort est le commencement de leur œuvre. On y retrouve les relations des voyages de Mage, Francis Garnier, Crevaux ; et l'on suit pas à pas les efforts de tous ces héros du continent noir, depuis Levaillant jusqu'à Savorgnan de Brazza et Stanley.

Les *Abeilles*, bibliothèque des merveilles. Au moment où un courant d'opinion se dessine nettement parmi nos populations rurales en faveur de ces utiles auxiliaires de l'agriculture, ce petit livre, clairement écrit, est tout indiqué dans la maison de toute personne s'intéressant aux progrès de l'exploitation agricole.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise).— Imp. DAIX frères, place St-André, 3.
Maison spéciale pour journaux et revues.

Dixième année | N° 52 | 29 Décembre 1888

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE

Réorganisation du service médical de la maison de Saint-Lazare.

Nous pensons qu'on ne peut qu'applaudir aux dispositions nouvelles adoptées par le ministre de l'intérieur relativement au service médical de Saint-Lazare.

Le parti le plus simple et le meilleur eût peut-être été d'en charger tout simplement le corps médico-chirurgical des hôpitaux de Paris. On eût ainsi ajouté quelques services à ceux dont dispose l'Assistance publique et diminué un peu l'encombrement qui s'augmente d'année en année parmi les candidats au Bureau Central, comme on pourrait aussi, à ce qu'il nous semble, charger un médecin et un chirurgien des Hôpitaux du service de l'Infirmerie Centrale des prisons de la Seine (à la Santé).

Mais, puisque des raisons particulières, que nous ignorons, ont rendu impossible cette combinaison si naturelle, nous ne pouvons que féliciter l'administration des prisons d'avoir franchement ouvert au public médical cette maison de Saint-Lazare si riche en matériaux d'étude au point de vue des maladies vénériennes et d'avoir désormais mis au-dessus de toute critique, par le concours, la qualité scientifique des médecins, chirurgiens et internes, attachés à l'établissement.

Par arrêté en date du 12 décembre, indépendamment du service normal de santé destiné aux femmes non atteintes de maladies vénériennes, il est organisé par les dispositions ci-après pour le traitement de ces maladies, à la maison d'arrêt et de correction de Saint-Lazare, une infirmerie spéciale, qui comprendra cinq services placés sous la direction de médecins ou chirurgiens titulaires, avec collaboration de suppléants, assistance d'internes et admission d'étudiants aux cliniques.

A dater du jour où il aura été pourvu à la mise en pratique de ces dispositions, le cadre du personnel médical de l'infirmerie spéciale comprendra :

3 médecins titulaires et 1 médecin suppléant ;
2 chirurgiens titulaires et un chirurgien suppléant ;
2 internes.

Au service normal d'infirmerie seront rattachés d'autre part, un médecin titulaire et un interne, ainsi que les médecins-adjoints actuellement en service, les titres et fonctions de ces derniers n'étant pas maintenus pour l'organisation de l'infirmerie spéciale.

Comme leur collègue du service normal de santé, les médecins et chirurgiens titulaires de l'infirmerie spéciale seront nommés par le ministre de l'intérieur ; mais ils devront être pris parmi les médecins et chirurgiens suppléants de l'infirmerie spéciale, ces derniers étant eux-mêmes recrutés au concours, ainsi que les internes.

Néanmoins il n'est pas préjudicié à la situation des médecins titulaires et des internes actuellement en fonctions à la prison de Saint-Lazare.

En dehors du personnel ayant reçu par ses fonctions dans l'établissement qualité à cet effet, nul médecin ou chirurgien, professeur, membre d'un corps savant, spécialiste ou praticien ne sera admis à prendre part aux cliniques et travaux quelconques se rattachant au service médical, même à titre temporaire ou officieux ou par collaboration avec le personnel, sauf en vertu d'une autorisation expresse, nommément accordée par le ministre de l'intérieur, après avis du préfet de police.

Il pourra être délivré à des étudiants en médecine des Facultés de l'Etat, par décision ministérielle, sur avis du préfet de police, des autorisations permanentes d'admission aux cliniques de l'infirmerie spéciale de la maison d'arrêt et de correction de Saint-Lazare.

Les conditions d'admission du personnel étudiant du sexe féminin feraient, le cas échéant, l'objet de dispositions spéciales.

De la présence des microbes dans les kystes dermoïdes congénitaux de la face. Microbisme latent.

M. le professeur Verneuil et son chef de laboratoire, M. Clado, ont examiné au point de vue de la microbiologie le contenu de kystes dermoïdes congénitaux de la face. Ces kystes sont, comme on le sait, formés aux dépens des fentes branchiales ; ils ont une paroi propre et un contenu. Trois fois sur quatre cas (2 kystes du plancher de la bouche et un de la queue du sourcil), les auteurs ont trouvé, outre les éléments ordi-

naires (cellules épithéliales, granulations graisseuses, poils follets, etc.), des microbes de formes diverses, susceptibles d'être cultivés et qui, inoculés aux cobayes et aux souris, n'ont présenté aucune propriété pathogène. Sans préjuger d'après ce petit nombre de faits le rapport de causalité qu'il y a entre les microbes et les kystes, MM. Verneuil et Clado font remarquer que les kystes où ils ont trouvé des microbes, bien qu'indolents comme d'habitude, étaient en voie de progrès manifeste quand les malades sont venus à l'hôpital. Il serait donc possible que l'invasion microbienne ait été pour quelque chose dans cet accroissement dont les causes sont actuellement peu connues (cette sorte de kystes pouvant rester stationnaires pendant de longues années).

Les kystes dermoïdes de la face, entièrement developpés et clos pendant la vie intra-utérine et dont la cavité n'a jamais été en communication directe avec le monde extérieur, n'ont pu recevoir les microbes qui les habitent que par l'intermédiaire du système vasculaire qui, naturellement, les renfermait au préalable.

La présence des microbes dans les kystes dermoïdes, ne se révélant par aucun signe objectif ou subjectif, fournit un nouvel exemple de ce que M. Verneuil a décrit sous le nom de microbisme latent.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Prix décernés pour l'année 1888 (1).

PRIX DE L'ACADÉMIE. — 1000 francs.

Question : *Les vidanges et les eaux ménagères au point de vue de l'assainissement des habitations privées.*

Il n'y a pas lieu de décerner le prix.

L'Académie accorde les récompenses suivantes : 1° 400 francs à M. J. Sarda, de Vincennes. 2° 400 francs à M. le docteur *Friot*, de Nancy. 3° 200 francs à M. le docteur Jacquemart, de Paris.

PRIX AMUSSAT. — 900 francs.

Le prix n'est pas décerné.

Une mention honorable avec 500 francs, à titre d'encouragement, est accordée à M. le docteur Rodet, de Paris.

PRIX BARBIER. — 2000 francs.

Le prix n'est pas décerné.

L'Académie accorde à titre d'encouragement :

1° 1000 francs à M. le docteur Fernand Roux, de Paris.

2° 500 francs à M. le docteur *Emile Goubert*, de Paris.

PRIX HENRI BUIGNET. — 1500 francs.

L'Académie décerne le prix à MM. Hardy et Calmels, de Paris, auteurs d'un travail *Sur la constitution et la synthèse de la pilocarpine.*

PRIX CAPURON. — 1000 francs.

Question : *Indication et emploi des eaux minérales dans le traitement du rhumatisme chronique.*

Le prix est décerné à M. le docteur *Duhourcau*, médecin aux eaux de Cauterets, pour son mémoire portant cette devise : « *Laboremus ! Labor enim improbus omnia vincit.* »

(1) Les noms inscrits en italique sont ceux des membres du Concours médical.

PRIX CIVRIEUX. — 800 francs.

Question : *Des hallucinations de l'ouïe.*

L'Académie décerne le prix à M. le docteur Descourtis, de Paris.

PRIX DAUDET. — 1000 francs.

Question : *Des gommes syphilitiques.*

Le prix est partagé de la manière suivante :

1° 600 francs à M. le Dr Henri Feulard, chef de clinique adjoint à l'hôpital Saint-Louis (Paris).

2° 400 francs à MM. les docteurs Marfan et Toupet, de Paris.

PRIX DESPORTES. — 1300 francs.

Il n'y a pas lieu de décerner le prix.

L'Académie accorde les encouragements suivants :

1° 800 francs à M. Dupuy, de Mauriac (Cantal).

2° 500 francs à M. le docteur Bottey, de Paris.

3° Une mention honorable a été donnée à M. le docteur Duroziez, de Paris.

PRIX FALRET. — 1500 francs.

Question : *Des rapports entre la paralysie générale et la syphilis cérébrale.*

Un prix de 1000 francs est décerné à M. Raoul Regnier, interne des hôpitaux de Paris.

L'Académie accorde en outre :

Mention honorable, avec 250 francs, à MM. Morel Lavallée et Bélières, de Paris.

Mention honorable, avec 250 francs, à M. Mabille, médecin en chef, directeur de l'asile des aliénés de Lafond (Charente-Inférieure).

CONCOURS VULFRANC-GERDY

Le legs Vulfranc-Gerdy est destiné à entretenir près des principales stations minérales de la France et de l'étranger des élèves en médecine nommés à la suite d'un concours ouvert à l'Académie de médecine,

Deux stagiaires sont actuellement en exercice.

M. Boutarel a déposé son rapport sur les eaux de l'Aragon (Espagne), mission de 1887. La Commission des eaux minérales, satisfaite de ce travail, a accordé à son auteur une récompense de 500 francs.

Le rapport de M. Lamarque sur les eaux de Cauterets, mission de 1887, a valu à son auteur une récompense de 500 francs.

PRIX ERNEST GODARD. — 1000 francs.

Le prix est décerné à MM. les docteurs Lécorché et Talamon, de Paris, pour leur *Traité de l'albuminurie et du mal de Bright.*

Des mentions honorables sont accordées à MM. les docteurs :

Bertrand et Fontan, de Toulon, auteurs d'un ouvrage intitulé : *De l'entéro-colite chronique endémique des pays chauds* ;

Kelsch et Vaillard, de Paris, pour leurs *Recherches sur les lésions anatomo-pathologiques et la nature de la pleurésie* ;

Marfan, de Paris, auteur d'un travail intitulé : *Troubles et lésions gastriques dans la phtisie pulmonaire* ;

Pichon, de Paris, auteur d'un travail ayant pour titre : *Du morphinisme. Etudes cliniques, médico-légales.*

PRIX DE L'HYGIÈNE DE L'ENFANCE.— 1000 fr.

Question : *Des paralysies dans les deux premières années de la vie ; en étudier, par des observations cliniques, les causes et la nature.*

Il n'y a pas lieu de décerner le prix.

Un encouragement de 400 francs a été accordé à M. le docteur Dauchez, de Paris.

PRIX ITARD. — 2700 francs.

L'Académie décerne :

1° Un prix de 1700 francs à M. le docteur Louis Jullien, de Paris, auteur d'un *Traité pratique des maladies vénériennes* ;

2° Une mention honorable avec une somme de 500 francs, à M. le docteur Duflocq, de Paris, pour sa *Relation de l'épidémie cholérique observée à l'hopital Saint-Antoine en* 1884 ;

3° Une mention honorable avec une somme de 500 francs, à MM. les docteurs de Saint-Germain et Valude, pour leur *Traité pratique des maladies des yeux chez les enfants.*

PRIX LAVAL. — 1000 francs.

Ce prix devra être décerné chaque année à l'élève en médecine qui se sera montré le plus méritant. Le choix de cet élève appartient à l'Académie de médecine.

Le prix est décerné à M. Foveau (François), étudiant en médecine de la Faculté de Paris.

PRIX MEYNOT aîné père et fils, de Donzère (Drôme). — 2600 francs.

L'Académie décerne :

1° Un prix de 2000 francs à M. le docteur Chatellier, de Paris, pour son travail *Sur les tumeurs adénoïdes du pharynx* ;

2° Un prix de 600 francs à M. le docteur Ricard, de Paris, auteur du mémoire ayant pour titre : *De l'apophyse mastoïde et de sa trépanation.*

PRIX ADOLPHE MONBINNE. — 1500 francs.

Le prix est décerné à M. le professeur Leloir, de Lille, pour son *Étude sur la lèpre* et son mémoire sur l'*Organisation de l'enseignement de la dermatologie et de la syphiligraphie en Allemagne.*

L'Académie accorde en outre :

Mention très honorable à MM. les docteurs Filleau et Léon-Petit, de Paris, pour leur *Rapport à M. le Ministre du commerce sur les hôpitaux de phtisiques en Angleterre.*

Mentions honorables :

A M. le docteur Bournet, d'Amplepuis (Rhône): pour les notes d'anthropologie criminelles prises en Corse (septembre et octobre 1887) ;

A M. le docteur Bordas, de Paris, pour sa mission scientifique (1885-1887) aux îles Mascareignes, Seychelles et Comores.

PRIX ORFILA. — 4000 francs.

Question : *Du venin de la vipère.*

L'Académie décerne le prix à M. Maurice Kaufmann, chef des travaux de physiologie à l'Ecole vétérinaire de Lyon.

Une mention honorable a été accordée à M. le docteur *Barbancey*, de Montpon-sur-l'Isle (Dordogne).

PRIX OULMONT. — 1000 francs.

Ce prix sera décerné à l'élève en médecine qui aura obtenu le premier prix (médaille d'or) au concours annuel des prix de l'Internat.

Le prix de 1887 a été décerné à M. Girode, interne à l'hôpital Saint-Louis.

Le concours de 1888 n'est pas encore terminé.

PRIX PORTAL. — 600 francs.

Question : *Anatomie pathologique des érysipèles.*

L'Académie n'a rien reçu pour ce prix.

PRIX POURAT. — 900 francs.

Question : *Physiologie du muscle cardiaque.*

Le prix n'est pas décerné.

L'Académie accorde les récompenses suivantes:

Un encouragement de 600 francs à M. le docteur E. Gley, de Paris.

Un encouragement de 300 francs à M. le docteur Albert René, de Nancy.

PRIX SAINT-LAGER. — 1500 francs.

Il n'y a pas eu de concurrent.

PRIX SAINT-PAUL. — 25,000 francs.

Vingt-huit ouvrages ou mémoires ont concouru.

Le prix de 25,000 francs n'est pas décerné.

Trois prix d'encouragement, de 1000 francs chacun, sont donnés à :

M. le docteur Cousot, de Bruxelles, membre de l'Académie de médecine de Belgique, pour son *Etude sur la diphthérie* ;

M. le docteur Renou, de Saumur, auteur d'un mémoire intitulé : *Etudes cliniques sur la diphthérie et son traitement* ;

M. le docteur Thoinot, de Paris, pour son *Essai sur l'histoire de la diphthérie en France au* XIXe *siècle.*

Des mentions honorables sont accordées à MM. Cozzolino, de Naples ; E. Gaucher, de Paris ; Lancry, de Dunkerque (Nord) ; Roulin, de Paris ; et Robert William Parker, de Londres, pour leurs travaux *Sur la diphthérie.*

PRIX STANSKY. — 1800 francs.

L'Académie a reçu pour ce concours cinq ouvrages ou mémoires.

Un prix de 1200 francs a été décerné à M. le docteur Arnold Netter, de Paris, pour son ouvrage intitulé : *De la contagion de la pneumonie franche, ses diverses manifestations.*

Une récompense de 600 francs a été accordée à M. le docteur Thoinot, de Paris, pour son mémoire portant le titre suivant : *Contribution à l'histoire d'une maladie infectieuse. — Etude critique sur quelques points de l'histoire de la suette miliaire.*

PRIX VERNOIS. — 800 francs.

Le prix est décerné au travail intitulé : *Manuel de l'Inspecteur des viandes avec atlas.*

Cet ouvrage a pour auteurs MM. L. Villain, V. Bascou, Lafourcade, Moulé et A. Méraux, médecins-vétérinaires chargés du service d'inspection de la boucherie de Paris.

Service des eaux minérales.

1° *Médaille d'or à* :

M. le docteur Collin, père, médecin-inspecteur à Saint-Honoré-les-Bains.

2° *Rappel de médaille d'or à* :

M. le docteur Caulet, médecin-inspecteur à Saint-Sauveur, médaille d'or en 1879.

3° *Médailles d'argent à* :

M. le docteur Cazalis, médecin-inspecteur adjoint au Mont-Dore.

M. Delmas, médecin-major de 2e classe à l'hôpital militaire d'Amélie-les-Bains.

M. le docteur Sénac-Lagrange, médecin consultant à Cauterets.

M. le docteur Vigneau, médecin-inspecteur à Saint-Christau, actuellement à Barbotan.

4° *Rappels de medailles d'argent à* ;

M. le docteur Bona, médecin-inspecteur à Evaux, médaille de bronze en 1870 et médaille d'argent en 1873.

M. le docteur Grimaud, médecin-inspecteur à Barèges, médaille d'argent avec rappel.

M. le docteur Planche, médecin-inspecteur à

Balaruc, médaille de bronze en 1874 et médaille d'argent en 1876.

5° *Médailles de bronze à :*

M. le docteur *Barthe de Sandfort*, médecin consultant à Dax.

M. le docteur Bénard, médecin consultant à Saint-Christau.

M. le Dr Chiais, médecin consultant à Evian.

M. le Dr Frémont, médecin consultant à Vichy.

M. le docteur Percepied, médecin consultant au Mont-Dore,

M. le docteur de Valicourt, médecin-chef de l'hôpital militaire d'Hammam-Meskoutine.

(*A suivre*).

NOUVELLES

Concours pour l'admission aux emplois de médecin suppléant, de chirurgien suppléant et d'internes à l'infirmerie spéciale de la maison de Saint-Lazare.

Les candidats devront avoir la qualité de Français.

Chaque demande de participation à un concours sera adressée au ministre de l'intérieur, qui fera connaître si elle est agréée.

La demande sera accompagnée de l'acte de naissance du candidat, ainsi que de ses diplômes, de l'indication de ses titres scientifiques et hospitaliers, de ses états de services quelconques et des autres documents officiels à présenter, selon les cas.

Pour l'admission aux emplois de médecin suppléant ou de chirurgien suppléant, le jury du concours se compose de sept membres nommés par arrêté ministériel sur une liste de présentation que dressera le préfet de police et choisis parmi les personnes appartenant aux corps scientifiques ci-après désignés savoir :

Les membres de l'Académie de médecine, les professeurs et professeurs agrégés des Facultés de médecine de l'Etat, les médecins et chirurgiens accoucheurs des hôpitaux de Paris, les médecins et chirurgiens titulaires de Saint-Lazare.

Le président sera désigné par arrêté ministériel parmi les membres du jury.

Médecin-suppléant. — Pour l'emploi de médecin suppléant, le concours consistera en trois épreuves d'admissibilité et deux épreuves définitives.

Les premiers sont :

1° Epreuve de titres scientifiques et hospitaliers ;

2° Epreuve théorique orale sur un sujet de pathologie interne, de gynécologie ou d'obstétrique (leçon de vingt minutes après vingt minutes de préparation) ;

3° Epreuve de clinique spéciale (leçon de dix minutes après dix minutes de préparation).

Les deux épreuves définitives, auxquelles il ne sera admis de candidats qu'à raison de trois au plus par chaque emploi mis au concours, sont :

1° Une composition écrite sur un sujet concernant les affections vénériennes (trois heures pour cette composition) ;

2° Une épreuve orale de diagnostic sur deux malades (exposé de vingt minutes après examen de vingt minutes au lit des malades.

Chirurgien suppléant. — Pour l'emploi de chirurgien suppléant, le concours consistera en trois épreuves d'admissibilité et deux épreuves définitives.

Les premières sont :

1° Epreuve de titres scientifiques et hospitaliers ;

2° Epreuve théorique orale sur un sujet de pathologie externe, de gynécologie ou d'obstétrique (leçon de vingt minutes après vingt minutes de préparation) ;

3° Epreuve de clinique spéciale (leçon de dix minutes après dix minutes de préparation).

Les deux dernières épreuves, auxquelles il ne sera admis de candidats qu'à raison de trois au plus par chaque emploi mis au concours, sont :

1° Une composition écrite sur un sujet concernant les affections vénériennes (trois heures seront données pour cette composition) ;

2° Une épreuve orale de diagnostic sur deux malades des atteints d'affections chirurgicales (exposé de vingt minutes après examen de vingt minutes au lit des malades) ;

3° Epreuve de médecine opératoire sur un cadavre.

Pour les épreuves orales la note maxima sera de 20 points ; elle sera de 30 points pour l'épreuve écrite et pour l'épreuve de médecine opératoire.

Internes. — Pour le concours d'internat, le jury sera constitué comme il est dit ci-dessus, mais seulement avec trois juges et un suppléant.

Les épreuves comprendront :

1° Une composition écrite qui portera sur un sujet d'anatomie et de pathologie et pour laquelle il sera donné deux heures. Ce sujet sera pris par tirage au sort entre six questions arrêtées par le jury au début de la séance, tenues secrètes et closes sous enveloppes distinctes ;

2° Une épreuve orale sur un sujet concernant les maladies vénériennes (leçon de dix minutes après dix minutes de réflexion).

Conditions d'admission des étudiants aux cliniques de l'infirmerie spéciale de la maison de Saint-Lazare.

Toute demande d'admission devra être adressée au ministre de l'intérieur. Le candidat devra justifier, par production, d'un certificat du doyen de la Faculté à laquelle il appartient, qu'il a pris au moins seize inscriptions.

Il ne pourra être admis plus de dix étudiants à la fois pour suivre chaque service.

La liste générale des étudiants admis dans les divers services sera tenue à jour et communiquée en double au préfet de police. Il en sera fourni copie au directeur de la maison de Saint-Lazare.

Les étudiants ainsi autorisés n'auront accès que dans les parties de l'établissement réservées aux services dont ils relèvent.

Ils seront tenus de se conformer à tous règlements, ainsi qu'aux conditions générales de fonctionnement des établissements pénitentiaires. Ils devront déférer à l'autorité des personnes appartenant à l'administration et exerçant leurs fonctions de direction, de surveillance ou de contrôle, en quelque partie de l'établissement que ce soit.

Les certificats d'admission seront exclusivement personnels. Ils porteront la signature du ministre ou de son délégué, le visa du directeur de l'établissement, la date d'autorisation, les noms, prénoms, qualité et résidence de l'intéressé, ainsi que la désignation du service auquel il est attaché.

Ils pourront toujours être retirés.

Nul étudiant autre que ceux nommément désignés par le ministre pour suivre les cliniques ne sera admis à pénétrer dans l'établissement, sauf après autorisation ministérielle s'il s'agit d'assister ou de prendre part à des travaux, et sauf dans les conditions générales requises par les règlements pénitentiaires, s'il s'agit seulement de visiter cet établissement ou l'une de ses parties.

Laboratoire de chimie et de nécrographie médicales. — M. Lafon, chimiste, ancien préparateur du laboratoire de Toxicologie de M. le Professeur Brouardel, ex-interne en pharmacie des hôpitaux de Paris, Lauréat de l'Académie de médecine, etc., commencera, le 14 janvier 1889, un cours pratique de chimie et de micrographie médicales, appliqué à la Clinique, à l'Hygiène et à la Thérapeutique.

Ce cours pratique a pour objet d'exercer MM. les médecins aux examens cliniques et microscopiques les plus usuels que nécessite la profession médicale.

On s'inscrit tous les jours, de 3 à 4 heures, au Laboratoire, 7, rue des Saints-Pères, 7.

Hôpital des enfants malades. — Le Docteur Jules Simon commencera ses conférences de thérapeutique infantile le mercredi 9 janvier 1889, à neuf heures, et les continuera les mercredis suivants à la même heure.

Consultation clinique tous les samedis.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise).— Imp. DAIX frères, place St-André, 3.
Maison spéciale pour journaux et revues.

TABLE DES MATIÈRES

contenues dans le « CONCOURS MÉDICAL »

ANNÉE 1888

Cette Table contient trois parties : I. Partie Scientifique. — II. Partie Professionnelle. III. Bulletin de l'Union des Syndicats.

I

Partie Scientifique

A

II
Partie Professionnelle

(Consulter en outre, pour la plupart des questions professionnelles, la troisième partie résumant le BULLETIN DES SYNDICATS)

E

F

H

I

L

M

N

O

P

R

S

III

Bulletin de l'Union des Syndicats